

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 avril 1910, à 1 heure

PAR

Georges-Félix SAUPHAR

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique.

Né à Paris, le 6 novembre 1879.

DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DE

L'ULCÈRE

ET DES

ULCÉRATIONS GASTRIQUES

Président : M. GILBERT, professeur.

MM. DEBOVE, }
CHAUFFARD, } *professeurs.*
CASTAIGNE, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIES-IMPRIMERIES RÉUNIES

7, rue Saint-Benoît, 7

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	P. MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	G. RALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BESANÇON (FER-	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
NAND).	DUVAL (PIERRE).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BROMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET (ANDRÉ).	MORESTIN.	ZIMMARN.
CLAUDE.	LABBÉ (MARCEL).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON BEAU-PÈRE

M. le Docteur JEAN-LOUIS FAURE, Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine, Chirurgien des hôpitaux,
qui fut aussi mon premier maître dans les hôpitaux.

A MES PARENTS

A MES AMIS

et, parmi eux, au plus tendrement dévoué,
Monsieur EUGÈNE DALSACE.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR FAISANS

(Bénévole.)

M. LE DOCTEUR LESAGE

(Externat.)

M. LE DOCTEUR AVIRAGNET

(Externat.)

M. LE PROFESSEUR RECLUS

(Externat.)

M. LE DOCTEUR BOURCY

(Externat.)

M. LE DOCTEUR BARIÉ

(Interne provisoire.)

M. LE DOCTEUR MOREL LAVALLÉE

(Interne provisoire.)

M. LE DOCTEUR BONNAIRE

(Interne provisoire.)

M. LE DOCTEUR TISSIER

(Interne provisoire.)

M. LE DOCTEUR REYNIER

(Interne provisoire.)

M. LE DOCTEUR LANDRIEUX

(Internat 1906-1907.)

M. LE DOCTEUR LAMY

(Internat 1906-1907.)

M. LE DOCTEUR AVIRAGNET

(Internat 1907-1908.)

M. LE DOCTEUR TOUPET

(Internat 1908-1909.)

M. LE DOCTEUR CETTINGER

(Internat 1909-1910.)

A MES CHEFS DE CONFÉRENCES D'INTERNAT

M. LE DOCTEUR MILIAN

Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR SCHWARTZ

Chirurgien des Hôpitaux.

A MON MAITRE DE L'INSTITUT PASTEUR

M. LE DOCTEUR BORREL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

En arrivant pour notre quatrième année d'internat dans le service de M. le Dr *Ættinger*, nous avons été surpris de la quantité d'ulcères de l'estomac qui y étaient traités. C'est que le diagnostic de cette affection y était fait d'après les données nouvelles et à une époque souvent particulièrement précoce de la maladie.

Ce n'est pas en effet le diagnostic d'ulcère de l'estomac que nous avons vu le plus souvent porter, mais celui d'exulcération de la muqueuse gastrique sans préjuger de la gravité anatomo-pathologique de la lésion. Une telle manière de voir élargit singulièrement la question, car si l'ulcus confirmé reste exceptionnel ou tout au moins rare, les porteurs d'exulcération et de fissures pyloriques sont légions, si on ne les méconnaît dans la pratique journalière.

A une maladie atténuée, ou plus exactement qui n'a pas encore atteint son complet développement, correspond une symptomatologie estompée, vague souvent, ne donnant que des renseignements tout à fait insuffisants.

Certes les données fournies par le malade et son histoire antérieure conservent toute leur valeur, mais notre diagnostic repose sur des éléments que l'on ne trouve pour ainsi

dire jamais en défaut, l'examen du liquide à jeun, les hémorragies occultes.

L'estomac sain se vide complètement dans la nuit, et tout individu chez lequel on trouve d'une façon habituelle une certaine quantité de liquide le matin, même sans aucun débris alimentaire, est un gastropathe.

De même ni l'estomac ni l'intestin ne sont susceptibles de donner normalement la moindre goutte de sang. L'apparition des réactions de l'hémoglobine dans les matières est l'indice certain d'une lésion ulcéreuse quelconque, élimination faite des causes d'erreurs que nous exposerons.

Nous sommes heureux de remercier ici notre maître M. le Dr Cettinger qui a bien voulu nous permettre de puiser dans sa riche collection d'observations. Bien plus, à tout instant nous avons eu recours à lui pendant la rédaction de ce travail, et chaque fois nous avons été reçu avec la même cordiale bienveillance. Nous lui dédions donc cette thèse en gage de notre sincère et vive reconnaissance.

GÉNÉRALITÉS

Pour les classiques, l'ulcère chronique de l'estomac est une maladie qui apparaît comme nettement caractérisée par une triade symptomatique, et de Cruveilhier à Brinton, la description en est toujours à peu près la même.

La *douleur*, dit Brinton, est comparable à un coup d'épée qui peu à peu se transforme en une douleur brûlante, rongean^te, donnant lieu à des faiblesses. Débutant une heure environ après le repas, elle siège au-dessous de l'appendice xiphoïde et s'irradie dans le dos, aussi bien interscapulaire que rachidienne. C'est une sensation de plaie à vif que la moindre pression rend encore plus intolérable.

Le *vomissement* se produit quand le paroxysme de la douleur a atteint son maximum. L'état de distension que présente généralement l'estomac suffit à le rendre facile et peu pénible. Une fois commencé, il semble rarement se terminer avant d'avoir vidé tout le contenu de l'estomac et est suivi de calme à moins qu'il ne persiste une légère sensation de chaleur.

La *gastrorrhagie* s'annonce par une sensation de plénitude, de pesanteur, dans la région de l'estomac, généralement pendant une période d'activité digestive. Puis, sur-

viennent des nausées suivies de vomissement d'une certaine quantité de sang, tantôt coagulé, tantôt rouge et fluide.

Parfois le sang passe directement dans l'intestin et dans les selles où on le retrouve sous forme de méléna. Bien entendu, on peut avoir des phénomènes syncopaux, et même, mort rapide (1).

En somme, tous les auteurs ou presque, qui jusqu'ici se sont occupés de l'ulcère de l'estomac n'ont considéré la maladie qu'à cette période anatomo-pathologique où elle est constituée par une perte de substance découpée à l'emporte-pièce, montrant, taillés à pic, les bords de la muqueuse et des tuniques musculaires, et dont le fond est constitué par la réserve péritonéale. Entourée parfois d'un bourrelet calleux fort épais, l'ulcération a de 2 à 6 centimètres de diamètre.

Il est évident qu'à ce stade correspond un ensemble symptomatique très complet, qui, révélé par un interrogatoire méthodique, met assez facilement sur la voie du diagnostic.

Or, un pareil état de choses ne se rencontre qu'après de longues années d'évolution.

Il est clair que si l'on admet comme base de la pathogénie de l'ulcus l'influence du contenu stomacal sur le contenant, c'est peut-être la plus longue des périodes de l'ulcère qui se trouve ainsi passée sous silence.

En effet, il ne s'agit pas ici de gastrites névrosantes brutales, telles que l'on en peut réaliser expérimentalement en injectant de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, mais d'un processus extrêmement insidieux, ralenti encore par les réactions naturelles de défense de l'organisme.

(1) Brinton, traduction Riant, page 149.

A côté de l'ulcère classique définitivement constitué, il y a un grand nombre de cas où les hématomés même foudroyants et les autres complications les plus graves, telles que la péritonite par perforation et la sténose du pylore, sont des plus fréquentes.

Ces cas, malheureusement, passent souvent sinon presque toujours inaperçus à leur début. Nous voulons parler de tous les stades anatomiques et anatomo-pathologiques qui séparent l'exulcération, la fissure pylorique simple de l'ulcus de Cruveilhier et Brinton. De l'une à l'autre il y a toute une catégorie d'états intermédiaires ulcéreux de la muqueuse gastrique, dont le diagnostic est si difficile qu'il est parfois impossible de les distinguer; et cependant leur existence n'est pas contestable.

« Je sais, écrit Cohnheim, que le diagnostic exact des érosions de l'estomac est souvent impossible, et qu'en tout cas, l'on n'en possède aucun signe pathognomonique. Cependant, quoique leur existence soit contestée, je la considère comme une certitude. Je crois que l'hyperchlorhydrie, d'origine nerveuse ou autre par exemple, ne peut réellement exister avec des signes fonctionnels, sans ressortir à une lésion anatomique. Où on l'observe, là il y a affection organique de l'estomac et c'est dans cette direction qu'il faut diriger le traitement (1). »

Cette opinion a été reproduite par Soupault et Boas. Il se produit dans la muqueuse de l'estomac des érosions analogues à celles que l'on rencontre dans la bouche et à l'anus. Leur siège de prédilection est la région pylorique.

Il est probable qu'un grand nombre d'ulcères qui guérissent après un temps plus ou moins long ne sont que des

(1) Cohnheim, *Maladies du tube digestif*, page 77.

exulcérations, de sorte qu'il reste vrai que l'ulcus chronique constitué soit une maladie incurable.

Dans d'autres cas encore, où l'on voit l'ulcus évoluer par poussées successives, séparées par des intervalles de sédation, il s'agit encore probablement, comme le dit Soupault, d'exulcérations à répétition.

Les deux affections sont à notre avis intimement unies et, pour les deux, l'étiologie et la pathogénie sont identiques. Si l'hyperchlorhydrie se retrouve presque toujours à la base de l'ulcus, il en est de même pour l'exulcération. Pawlow isole une portion de l'estomac chez un chien et voit s'y développer un ulcère à extension rapide et progressive qui saigne et aboutit à la perforation. Parallèlement s'installe une hyperchlorhydrie se traduisant par un chiffre d'acide chlorhydrique quatre fois supérieur à la normale.

Troin sectionne l'estomac d'un chien au cardia et au pylore. Le pylore est suturé, l'estomac est réuni à la paroi abdominale antérieure et est fistulisé, mais le cardia s'abouche spontanément par une fistule à l'œsophage. L'animal meurt un mois après. L'estomac est rempli d'un liquide noirâtre, très acide et la muqueuse est presque entièrement digérée.

L'hyperacidité semble donc, lorsqu'elle s'accompagne d'un peu de stase surtout, un bon signe d'ulcus. C'est ce qu'admettent nombre d'auteurs, et en particulier, Soupault, Rubow, Boas, Riégel, Korczinski et Jaworski. Mais pour grande que soit la valeur de cette constatation, pour constante qu'elle soit, ainsi que nous le verrons plus tard, elle peut paraître insuffisante pour permettre de poser d'une façon ferme le diagnostic d'ulcus ou d'exulcération. On ne saurait nier cependant le grand intérêt de ce diagnostic. Les exulcérations évoluent souvent d'une façon presque

latente sans pour cela mettre le malade à l'abri d'une gastro-
trorragie ou d'une perforation. Par contre, le traitement
a sur elles une influence manifeste et des plus favorables.
Si l'on ne peut toujours espérer la guérison, dans nombre
de cas un régime approprié peut, sinon prévenir définitive-
ment les récidives, tout au moins entretenir l'affection à
l'état latent.

La recherche des hémorragies occultes pratiquée systé-
matiquement dans le service de M. le Dr Œttinger, chez
tous les malades qui souffraient de l'estomac, nous a paru
un moyen de diagnostic des plus simples et des plus fidèles.

HÉMORRAGIES OCCULTES

Historique.

L'histoire des hémorragies occultes est relativement récente, la réaction de Van Deen était tombée dans l'oubli, et c'est Weber qui, le premier en 1893, rechercha systématiquement ainsi le sang dans les matières.

En 1901 Boas seul, puis en 1902 Boas et Kochman l'appliquèrent à tous ceux de leurs malades qui présentaient de l'hyperacidité gastrique et publièrent des statistiques. Divers auteurs préconisèrent d'autres méthodes, l'eau gaïacolée, l'aloïne (Schœer et Rossel). En 1904, O.-R. Adler publièrent leurs recherches sur la benzidine bientôt suivies de celles de Schumm et Westphal, et nous arrivons au dernier des réactifs connus, celui de Meyer à la phénolphthaléine.

Caractères communs de ces réactions.

Toutes concourent au même but, c'est-à-dire à déceler dans les matières la présence de sang en quantité si minime qu'il échappe même au spectroscope. Mais toutes n'ont pas une égale valeur.

Les réactions de Weber, celles à l'eau gaïacolée et à l'aloïne ne nous ont pas paru avoir une sensibilité suffisante. En substituant à la recherche directe la recherche dans l'extrait éthéré acidifié, Weber a sans doute écarté certaines causes d'erreur, mais son procédé n'en reste pas moins fort infidèle.

Quant à l'aloïne et à l'eau gaïacolée, Romani cité par Girault estime que ces substances ne sont pas susceptibles de donner des réactions positives pour des dilutions supérieures au 1/1000.

Nous avons donc limité nos recherches aux deux procédés, celui de Meyer et celui de Adler-Schumm, c'est-à-dire à la phénolphtaléine et à la benzidine. Nous allons exposer d'abord ces procédés et nous verrons ensuite à réfuter les objections que leur emploi a soulevées.

Procédé Adler-Schumm.

La benzidine ou diamido-phénol, ou diparadiaminodiphényle, a été découverte par Zinin en 1845. C'est un corps solide cristallisant en lamelles, peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude, dans l'alcool et dans l'éther. Son point de fusion est 122° et son point d'ébullition vers 400°. (*Bulletin pharmaceutique.*)

La technique de la recherche est simple. On prépare une solution de benzidine dans l'alcool à 90°. D'autre part, les matières à examiner sont délayées dans un peu d'eau additionnée d'acide acétique. On mélange par parties égales les deux solutions et l'addition d'un ou deux centimètres cubes d'eau oxygénée fait apparaître presque im-

médiatement une coloration verte qui passe au bleu indigo le plus foncé si la quantité de sang est suffisante.

Il est possible de faire usage du papier à la benzidine dont Ascarelli donne la formule : on fait un mélange de 2 cc. de solution alcoolique saturée de benzidine avec 2 cc. d'eau oxygénée à 10 volumes, et 11 gouttes d'acide acétique. Le papier à filtrer trempé dans ce mélange et mis en contact avec l'objet suspect donne la coloration bleue caractéristique. (*Bulletin pharmaceutique.*)

Procédé de Meyer.

Voici la formule du réactif, simple à préparer, que nous empruntons avec le mode opératoire à M. Péreineau dans le *Bulletin pharmaceutique*.

On mélange :

1 ^o Phtaléine du phénol	2 gr.	
2 ^o Potasse anhydre	20 gr.	} 120 gr.
Eau distillée	100 gr.	
3 ^o Poudre de zinc impalpable	10 gr.	

Porter à l'ébullition dans un ballon en agitant sans cesse. Le liquide, rouge au début, se décolore peu à peu. Il faut alors immédiatement filtrer, l'ébullition ne devant pas dépasser cinq minutes. On a un liquide sirupeux, un peu jaunâtre, qu'il faudra conserver à l'abri de l'air et de toute cause d'oxydation extérieure.

Pour obtenir la réaction, on délaye dans l'eau les matières à examiner et après avoir versé le liquide ainsi obtenu dans un tube à essais, on ajoute à peu près la moitié de son vo-

lume de réactif de Meyer. L'addition de quelques gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes fait apparaître instantanément une coloration, qui, selon la concentration hématologique du liquide, va du rose pâle au rouge cerise le plus franc.

Il est rare que la réaction tarde à se produire; dans ce cas, il suffirait de chauffer très légèrement pour la faire apparaître.

Au point de vue chimique, c'est une réaction colorée, nous dit encore M. Périneau, basée sur l'apparition de phénolphtaléine rouge vif par oxydation d'une solution de phénolphtaléine, incolore, en présence du sang.

Sensibilité des deux procédés.

Le procédé de Meyer et celui d'Adler-Schumm sont certainement les plus sensibles qui existent actuellement pour la recherche du sang, et cela de beaucoup.

MM. Cœttinger et Girault limitent la sensibilité du gaïac à 1/10.000^e. Bègue, dans sa thèse inaugurale, reprenant les essais sur l'extrait éthéré arrive à 1/25.000^e.

Or, Adler a montré et après lui, Schumm et Westphal, que la sensibilité de la benzidine s'élevait à 1/200.000^e et même 1/250.000^e. Nous entendons parler actuellement de la solution alcoolique de benzidine, car le papier réactif est beaucoup moins sensible et on ne voit guère apparaître de réaction au-dessus de 1/80.000^e, tout au moins franchement positive.

La sensibilité de la phtaléine est beaucoup plus considérable encore; il ressort des expériences de Déléarde et Benoît et de celle de Puy Le Blanc, que les dilutions au millio-

nième seraient encore capables de donner la teinte rose caractéristique. Ici, quel que soit l'état du sang, hémoglobine réduite ou non, quelle que soit l'ancienneté des matières employées, la réaction ne manque jamais de se produire.

Causes d'erreur.

Les causes d'erreurs se répartissent en deux catégories, suivant qu'elles sont communes aux deux réactions ou spéciales à l'une d'elles.

Il est évident qu'il faudra d'abord éliminer toutes les hémorragies qui peuvent se produire en un point quelconque du tube digestif. On examinera soigneusement s'il ne s'agit pas d'une épistaxis déglutie ou d'une gingivite. Le diagnostic d'élimination est parfois fort délicat. Nous avons trouvé dans le service de M. le Dr Cœttinger l'observation d'un malade atteint à la fois de cirrhose du foie et d'ulcère de l'estomac, diagnostic vérifié par l'autopsie. Il est évident que les hémorragies occultes présentées par ce malade pouvaient ressortir à bien des causes en dehors de son ulcus. Mais un pareil fait est loin d'être la règle, et en général il suffit d'un peu d'attention pour éviter l'erreur.

Quant au sang hémorroïdaire, il suffira, pour s'en débarrasser, de laver soigneusement les matières et de prélever pour l'examen la partie centrale d'un bol fécal. Le sang ingéré sous forme d'aliments est aussi susceptible de donner la réaction, et il est nécessaire d'interdire au malade, pendant les trois jours qui précèdent la recherche, l'usage de toute espèce de viande, même très cuite, et de poisson. Boas et Kochmann, Hartmann, Cœttinger et Girault, Bèque, Cade de Lyon l'ont constaté.

Certains auteurs ont reproché à la benzidine et au Meyer la nécessité qu'ils impliquaient de mettre le malade à un régime spécial. Nous ne trouvons pas que ce soit là un inconvénient. Jamais on ne rencontre de résistance, surtout de la part de ceux qui souffrent vraiment, et le malade ne peut que bénéficier de cette diététique préventive.

La benzidine, d'ailleurs, exige l'exclusion de bien d'autres aliments, causes d'erreurs. La chlorophylle ingérée crue, le mucus et la salive donnent la coloration bleue caractéristique, de même que les sels de fer et les bromures. Rien n'est plus simple que d'éviter bromures et sels de fer; on neutralisera l'action de la chlorophylle en faisant cuire les légumes. Il suffit de laver les matières fécales pour les débarrasser du mucus qui peut les enduire; enfin la salive donne une réaction faible, et on ne tiendra compte de la coloration obtenue avec le contenu gastrique que quand elle sera intense et rigide. Signalons encore que la solution alcoolique de benzidine doit être très fraîchement préparée, et que le papier réactif s'altère aussi au bout de deux ou trois jours.

Avec le réactif de Meyer, il n'y a pour ainsi dire aucune erreur possible. Ni les albumines de la salive et du pus, ni les pigments biliaires ne sont susceptibles de fausser les résultats. L'hémoglobine seule fait apparaître le disque rouge.

M. Triboulet a cependant signalé des cas où chez les infectés et les fiévreux on observait en dehors de toute hémorragie l'apparition d'un disque rosé à la partie moyenne du tube. Il s'agit, d'après lui, de pigments sanguins insuffisamment transformés par le foie malade et capable encore de donner la réaction de l'hémoglobine vraie. D'ailleurs, en ces cas, on a toujours un seul disque rosé, médian, étroit, et non pas la belle coloration rose de la partie supérieure du tube avec tendance à la diffusion.

Critiques.

Un certain nombre d'auteurs ont refusé l'emploi de la benzidine, considérant que, de même que la phénolphthaléine, le procédé était beaucoup trop sensible pour pouvoir avoir une valeur clinique.

Nous comprenons mal, avec notre maître le Dr Cœttinger, la valeur de cet argument. La recherche des hémorragies occultes a pour but de déceler la présence du sang dans les matières, quelle que soit sa quantité.

L'expérience montre précisément qu'il y a intérêt à pousser cette recherche aux plus extrêmes limites. Nombreux sont les malades ne réagissant plus au gaïacol que l'on a vus continuer à souffrir, les crises cessant par contre lorsque la benzidine ou le Meyer se montraient négatifs.

Mais, dit-on encore, la phthaléine est sensible au millionième, et la moindre éraillure pharyngée ou intestinale est susceptible de fournir la quantité de sang nécessaire à la réaction. Si cela peut être vrai pour les expériences *in vitro*, dans le tube à essais, cela n'est pas, pratiquement, lorsque le sang a traversé tout le canal intestinal, et il s'agit certainement dans les matières de concentrations toujours beaucoup plus élevées. D'ailleurs, s'il en était ainsi, les résultats des recherches seraient éternellement positifs. Or, bien loin de là, on les voit dans tous les cas favorables cesser rapidement avec un traitement approprié.

On peut donc poser formellement en principe que les fèces d'un individu sain, mis préalablement pendant quatre jours au régime lacto-farineux, ne donnent jamais de réaction ni à la benzidine, ni à la phénolphthaléine.

Pour en avoir une preuve formelle, M. Cettinger a bien voulu nous autoriser à choisir dans le service quinze malades et à rechercher chez eux systématiquement, chaque jour, les deux réactions. Nous avons choisi ces quinze malades parmi ceux qui ne paraissaient présenter, au moins d'une façon appréciable, aucun symptôme gastrique. Ensuite nous avons éliminé tous ceux qui pouvaient présenter pour une cause quelconque du sang dans leur tube digestif. Par exemple, les tuberculeux avec hémoptysies même légères, les hépatiques. Ces quinze malades ont été, pendant les quinze jours qu'a duré l'expérience, surveillés d'une façon toute spéciale au point de vue de l'alimentation. Ils ont reçu le matin du café au lait avec du pain, à midi des œufs, des pommes de terre, du beurre et du fromage, le soir de la soupe maigre (pas tous les jours), des pâtes, du riz. Entre temps, et pour compléter, environ 1 litre et demi de lait.

Les matières ont été examinées chaque matin avec le plus grand soin, à partir du troisième jour de régime, avec les deux réactifs, en nous entourant de toutes les précautions propres à éliminer les causes d'erreurs. Les selles qui présentaient des glaires ont été largement lavées à l'eau distillée, et nous avons toujours de préférence prélevé la partie centrale d'un bol fécal. Or, les résultats ont été absolument probants, et dans aucun de ces cas, nous n'avons constaté la moindre réaction positive. Parfois, avec la benzidine, nous avons aperçu une très légère teinte vert pâle, mais nous savons que ce fait n'a aucune valeur, la contre-épreuve du Meyer est venue nous prouver la nullité de la réaction. Donc, nous le voyons, la phénolphtaléine et la benzidine sont les substances les plus fidèles. Elles donnent avec le sang et rien qu'avec le sang, en prenant certaines précau-

tions des plus simples. Enfin, les matières issues de l'intestin normal ne contiennent pas la moindre trace d'hémoglobine, au moins après lavage superficiel.

Chez tous les malades que nous avons examinés, nous n'avons pas employé d'autre réactif, sinon exceptionnellement, et la clinique a constamment corroboré les résultats qu'avait donnés le laboratoire.

Valeurs cliniques.

Parmi tous les malades chez lesquels nous avons recherché les hémorragies occultes, les uns étaient atteints d'un ulcère chronique de l'estomac; mais un très grand nombre présentaient une gastropathie avec des symptômes douloureux, pour laquelle le diagnostic d'ulcère pouvait être hésitant. Quelle que soit la valeur que nous attribuions à l'examen des matières, nous n'avons pas posé d'après cela seul le diagnostic d'ulcération gastrique. L'examen approfondi de tous les symptômes nous a permis de voir la défaillance des uns, la constance et la valeur des autres; ce sont les résultats de ces investigations que nous allons maintenant exposer.

M. Œttinger nous ayant autorisé à puiser dans sa collection d'observations, nous y avons choisi soixante cas dont nous allons examiner les caractéristiques.

LE SYMPTÔME DOULEUR

Si la douleur en elle-même est assez constante, les formes sous lesquelles elle se présente sont des plus variables.

57 fois sur 60 nous l'avons trouvée, mais combien difficile parfois à dépister! La douleur classique, telle que nous l'avons décrite au commencement de ce travail, ne s'est guère rencontrée que dans un tiers des cas. Nous ne nous répéterons pas, car il est inutile d'en rappeler les caractères.

Dans une douzaine d'observations les phénomènes douloureux n'ont été qu'à peine ébauchés, crampes, tiraillements survenant pendant la période digestive ou à un moment quelconque, avec surtout, comme l'a signalé Cruveilhier et tous les auteurs depuis lors, sensation pénible de pesanteur épigastrique. Tantôt cette sensation existe le matin à jeun et est calmée par l'ingestion d'aliments, tantôt c'est un repas qui la fait naître. D'autres fois encore elle est perçue presque continuellement. Tout cela sans fracas et sans grand trouble; le malade continue à vaquer à ses occupations et c'est assez souvent un autre symptôme qui l'amène à consulter.

Dans deux cas la douleur était absolument inexistante,

mais quinze fois nous l'avons trouvée avec des caractères sur lesquels les auteurs jusqu'ici nous ont paru peu insister. Le malade, pendant la journée, ne ressentait absolument rien. Quelle que soit son alimentation, qualité ou quantité des matières ingérées, la digestion paraissait s'effectuer de la façon la plus normale.

Le soir, une ou deux heures après s'être mis au lit, le sujet était pris de douleurs violentes présentant tous les caractères que nous connaissons, point épigastrique avec irradiation dans les flancs et les hypochondres, sensation de torsion, de broiement, point dorsal ou scapulaire. Parfois, la douleur était un peu plus tardive encore, et le malade était arraché brusquement à son sommeil. En somme, le tout durant un temps variable et se calmant soit spontanément, soit à la suite de vomissements.

Ce syndrome nous a paru exister exclusivement dans l'ulcère ou l'exulcération gastrique, et jamais il n'a été porté d'autre diagnostic sur les malades qui l'ont présenté.

Sans vouloir entrer trop avant dans la pathogénie, il semble précisément que l'ulcère soit une affection de nature à expliquer un pareil ensemble de faits. Il est probable, et nous ne formulons cette opinion que sous toutes réserves, que tous ces phénomènes sont en rapport avec le siège de la lésion de la muqueuse gastrique. On peut supposer qu'une exulcération siégeant sur la portion verticale de l'estomac, haut située, ne soit pas influencée par le contenu et le suc gastrique, dans la station debout. Au contraire, le décubitus ayant pour effet d'étendre le contenu gastrique sur la partie ulcérée, on comprend que ce fait soit le point de départ des réflexes douloureux se traduisant par la crise nocturne que nous avons décrite. Quoi qu'il en soit,

une gastropathie à manifestation nocturne devra toujours attirer l'attention sur la possibilité d'une lésion ulcéreuse, et on ne devra abandonner ce diagnostic qu'après examen approfondi de tous les autres éléments permettant de le porter avec quelque certitude.

VOMISSEMENTS

Si la douleur s'est montrée un phénomène à peu près constant, par contre il n'en est pas de même des vomissements, et nous les avons vus manquer dix-huit fois, c'est-à-dire dans près d'un tiers des cas.

Nous insistons sur ce fait que dans ces dix-huit observations les vomissements ont été non pas rares ou intermittents, mais absolument nuls. On voit donc combien c'est là un symptôme infidèle.

Et souvent ce n'est qu'après un interrogatoire minutieux que des malades se sont souvenus avoir eu pareil accident. L'un d'eux souffrant depuis plus d'un an n'avait guère vomi que sept ou huit fois; un autre avait eu seulement de temps à autre, le matin, quelques régurgitations simulant à merveille la pituite alcoolique. Somme toute, les vomissements ne se sont rencontrés avec netteté que trente-trois fois sur soixante, et dans ces trente-trois fois, vingt fois alimentaires, et treize fois aqueux, plus ou moins acides.

Si nous voulions analyser jusqu'au bout le symptôme, on verrait qu'il ne calmait que rarement la douleur et que plus rarement encore il était provoqué par le malade dans un but de soulagement. C'est donc là un élément de dia-

gnostic bien précaire, et si l'on ne s'était attaché qu'à lui, ce sont presque les trois quarts de nos ulcères ou exulcérations qui nous auraient échappé.

Signalons enfin que, dans neuf cas les malades ont eu des hématémèses typiques, suivies ou non de mélæna; par conséquent, à peu près une fois sur six. C'est que la gastrorragie est en général tardive, et la plupart de nos malades ont été pris très au début, comme l'a montré l'influence favorable du traitement.

DU LIQUIDE A JEUN

Tout autre est la valeur du liquide à jeun. C'est un symptôme de la plus haute importance et dont la fréquence est telle qu'on peut le considérer comme constant. Nous l'avons rencontré cinquante-cinq fois sur nos soixante malades, c'est-à-dire à peu près quatre-vingt-douze fois sur cent, et il est peu de signes cliniques qui se retrouvent avec une pareille fidélité ! Nos cas négatifs sont d'ailleurs discutables, et il est probable que si le tubage avait été répété à plusieurs reprises on aurait trouvé des résultats pleinement positifs.

Tous ces tubages ont été pratiqués sur des malades à jeun depuis la veille au soir, sans lavage préalable, quatre heures après le dernier repas. Cette manœuvre, imaginée par Reichmann et Riegel, a simplement pour but de différencier exactement le liquide de sécrétion du liquide de stase et n'a pas d'indication dans le cas qui nous occupe, bien au contraire.

La technique du tubage est simple, mais c'est une opération qui exige du soin et de la patience. Il faut pratiquer l'aspiration en cherchant à faire pénétrer la sonde dans les points les plus reculés de l'estomac, au besoin faire in-

cliner le malade en avant, puis en arrière, de façon à mettre, par dénivellation, le liquide en contact avec l'œillère.

Un point d'une importance capitale est celui-ci : retirer toujours la sonde pendant une aspiration et recueillir avec soin immédiatement dans une cuvette le liquide qu'elle contient. Très fréquemment, en effet, il arrive que les manœuvres antérieures n'ont rien permis de ramener, et le petit artifice que nous signalons donne 3 ou 4 cc. Nous dirons plus tard toute la valeur que nous attachons à cette constatation.

Quantité de liquide.

La quantité de liquide à jeun retirée par l'exploration a été extrêmement variable : de 5 à 6 cent. cubes à 604. Mais dans l'immense majorité des cas, nous l'avons vue osciller entre 30 et 70 cc.

Quelle qu'elle soit, elle ne paraît en tout cas avoir aucun rapport ni avec les symptômes de la maladie, ni avec son évolution, à moins qu'il n'y ait sténose confirmée. Cette quantité de liquide à jeun est en effet, même dans les cas graves, excessivement variable d'un jour à l'autre, et deux tubages très rapprochés peuvent faire constater dans le volume des deux liquides des différences de plusieurs centaines de centimètres cubes. Il s'agit là de phénomènes excito-moteurs et sécrétoires extrêmement irréguliers, n'obéissant à aucune règle appréciable.

L'état fonctionnel du malade n'est pas non plus influencé par la quantité du liquide résiduel, et l'on a avec une vingtaine de centimètres cubes des phénomènes douloureux

atroces, alors que dans d'autres cas le tubage cause par l'abondance de ce qu'il ramène une véritable surprise.

Le rapport de la quantité de liquide à jeun avec les vomissements est aussi précaire que son rapport avec la douleur. Des hypersecrétions donnant 100 cc. le matin sont admirablement tolérées, alors qu'avec 20 ou même 10 cc. on a des régurgitations acides incessantes. Au-dessus de 100 cc. cependant, le vomissement est la règle, vomissement tantôt alimentaire, tantôt aqueux, plus souvent cependant contenant des débris d'aliments.

Aspect du liquide.

L'aspect du liquide retiré est excessivement variable. Nous laisserons de côté les cas — qui d'ailleurs ne nous intéressent pas — où l'on a simplement quelques mucosités naso-pharyngées. On les reconnaît facilement, elles ne donnent aucune réaction positive et leur seule présence n'est d'aucune valeur séméiologique.

Dans les autres cas, le liquide contient ou ne contient pas de débris alimentaires.

Sans débris, il apparaît trouble, plus ou moins filant, grisâtre ou verdâtre. Sa coloration est en effet très peu fixe. Il arrive même que, à peine teinté au moment de l'extraction, le liquide prenne au bout de quelque temps une couleur très franchement bleue ou verdâtre. La réaction de Gmelin restant négative, il s'agit la plupart du temps de l'action d'algues ou de bactéries chromogènes.

Lors même que le liquide ne paraît contenir aucun débris, il est bon de l'examiner toujours au microscope, d'abord parce que la découverte de particules, même très petites,

a toujours une valeur, ensuite pour rechercher les cellules de Jaworski. Ce ne sont pas, à proprement parler, des éléments cellulaires « en escargot », mais, d'après Boas, de simples spirales de mucus coagulé par l'acidité gastrique. En tout cas, les anciens auteurs considéraient leur présence comme pathognomonique d'une lésion gastrique organique.

Lorsqu'il y a des débris alimentaires, on retire une bouillie plus ou moins épaisse, grise ou très légèrement teintée en vert. La consistance de cette bouillie est extrêmement variable, elle est parfois très faible, et l'on peut n'avoir qu'un liquide aqueux dans lequel nagent quelques rares débris. Il est bon en tout cas de laisser déposer quelques heures dans une éprouvette assez étroite, et l'on voit qu'il se forme trois couches : une supérieure, spumeuse; une moyenne, filante, analogue à notre premier liquide; une inférieure, où se rassemblent toutes les particules alimentaires. Il est facile, ainsi, d'en apprécier l'abondance. D'autre part, l'examen du sédiment permettra de reconnaître l'état de fonctionnement du pylore, si l'on a pris soin de faire ingérer la veille au malade des mets facilement reconnaissables, tels que des carottes et des pruneaux.

Caractères chimiques du liquide à jeun.

Ce liquide est du suc gastrique plus ou moins mélangé. Il est capable de digérer l'albumine et donne les réactions de l'acide chlorhydrique libre. Il réagit au tournesol et au Congo et donne une coloration rouge avec le Gunzburg et le dyméthylamidoazobenzol.

Cette acidité, dans tous les cas que nous avons considérés, était supérieure à l'acidité du suc gastrique normal. Cepen-

dant c'est un fait constant que la quantité d'acide chlorhydrique libre d'un liquide à jeun est bien moindre que celle que l'on trouve en retirant un repas d'épreuve.

Si 0,40 à 0,50 est la normale, nous avons presque toujours trouvé une acidité oscillant entre 1 et 1,50 et fréquemment s'élevant au-dessus de 2. Dans un seul cas la valeur de H, d'abord très élevée, est tombée au bout de quelque temps à 0, et l'opération a montré qu'il s'agissait d'un cancer.

Lorsque la quantité du liquide est très minime, son activité chimique suffit à le différencier du petit reflux biliaire que l'introduction de la sonde peut provoquer dans un estomac normal et vide. Cette bile mélangée à du mucus est neutre aux différents papiers et donne, de plus, la réaction de Gmelin avec la plus grande netteté.

Il arrive parfois que chez des malades qui souffrent depuis de très longues années on trouve une acidité faible, quoique cependant supérieure à la normale. Probablement alors la muqueuse est-elle en voie d'atrophie relative; aussi la diminution de H n'a-t-elle qu'une valeur médiocre envisagée seule en dehors d'autres symptômes d'amélioration concomitants.

VALEUR DU LIQUIDE A JEUN

Nous avons indiqué quels étaient les caractères et la fréquence de ce liquide à jeun. Il nous reste à discuter sa signification et sa valeur.

L'histoire du liquide à jeun est celle de l'hypersecrétion, qu'elle soit intermittente ou continue. Mais avant toute chose, il nous faut établir une distinction entre l'hypersecrétion et l'hyperacidité simple. Pawlowa montré que, alors qu'il est facile de faire varier chez le chien l'abondance du suc gastrique, en modifiant la quantité et la qualité des aliments, l'acidité reste par contre sensiblement constante.

Chez l'homme, il en est de même. Tantôt l'hyperacidité dépend d'une augmentation en masse de la sécrétion du suc gastrique, tantôt elle est due à ce fait que les aliments étant trop rapidement évacués, on ne retire avec la sonde que du suc gastrique à l'état de pureté ou presque. C'est là un simple trouble de la motricité, que nous signalons afin d'éviter toute confusion et qui n'a aucun rapport avec ce qui nous occupe.

L'hypersecrétion a été entrevue pour la première fois par Reichmann en 1882. Il en fit une maladie autonome, relevant en partie d'un trouble sécrétoire et en partie d'un

trouble moteur. Boas, examinant les causes de cette hypersecrétion, les rapporte presque entièrement aussi à une lésion de la motricité gastrique, combattu en cela par Riegel, Korczynski et Jaworski qui font de l'hypersecrétion un trouble nerveux ou un catarrhe acide de l'estomac.

C'est Riegel encore qui constata le premier chez vingt-quatre ulcéreux la présence de liquide à jeun, avec ou sans débris alimentaires; mais il ne conclut pas au rapport qui existe entre les deux affections. Il pense simplement que la gastro-succorrhée préparait le terrain à l'ulcère. Samson, Robin retrouvent la même réunion des deux affections, la signalent, mais ne voient toujours entre les deux qu'une relation éloignée.

Le liquide à jeun est donc d'origine pathologique, mais dans quelles proportions? Nombreuses ont été les discussions que cette question a soulevées.

Rosin et Schreiber prétendent que jusqu'à 60 cc., on peut encore considérer le sujet comme bien portant.

Strauss, d'après une statistique portant sur plus de 200 tubages, ne tient pas compte de la présence du suc gastrique au-dessous de 10 cc. Et encore il établit de subtiles distinctions pour les quantités trouvées au-dessus de ce chiffre. De 10 à 20 cc., c'est là simplement un fait un peu « anormal » (Abnorm). De 30 à 50, c'est un phénomène légèrement pathologique, légèrement seulement, car il n'a jamais vu d'affection sérieuse chez des malades présentant moins de 40 cc. à jeun.

Gientl tube 189 individus; chez 10 % il trouve plus de 10 cc., mais avoue n'avoir pas examiné que des sujets sains.

On a aussi essayé d'invoquer, pour tâcher d'admettre chez des sujets indemnes la présence normale de liquide à jeun, le traumatisme causé par la sonde. La muqueuse de

l'estomac profondément irritée par ce corps étranger se mettrait alors à sécréter par excitation par réflexe, et l'on retirerait précisément du suc gastrique que l'on aurait pour ainsi dire créé. Pawlow a montré l'inanité de cette théorie. Il est absolument impossible de faire sécréter un estomac par des moyens aussi purement mécaniques, et toutes les tentatives pour y réussir chez le chien ont complètement échoué. Il n'y a pas de raison pour que l'estomac de l'homme ne soit pas de même. Au reste, s'il en était autrement, le passage réitéré de la sonde finirait par amener une accoutumance, et au bout de quinze jours on ne retirerait plus rien. La clinique a montré qu'il n'y avait aucun changement dans la quantité du liquide et que cette théorie par conséquent est inacceptable.

Beaucoup d'auteurs ont encore admis que les albumines contenues dans la salive et le mucus étaient capables de provoquer une sécrétion gastrique. Cela est à la rigueur possible dans les cas où l'on a retiré un liquide neutre ou très faiblement acide; mais là où il y a de l'acide chlorhydrique libre et un suc gastrique actif, nous ne le croyons pas.

En résumé, nous croyons que l'estomac sain est complètement vide à jeun, et ne retirât-on que quelques gouttes de liquide, si ce liquide est actif il y a certainement une lésion organique, patente ou latente.

RAPPORTS DU LIQUIDE A JEUN AVEC L'ULCÈRE

Nous avons dit précédemment avec quelle fréquence, on peut même dire quelle constance, nous avons rencontré le liquide à jeun dans l'ulcère de l'estomac; nous soutiendrons maintenant cette théorie: à savoir, que la présence de ce liquide est un des symptômes les plus fidèles de l'ulcère ou des exulcérations gastriques.

Il est impossible, en effet, de ne pas être frappé du rapport qui existe entre les deux, et de ne pas en tirer une conclusion de cause à effet.

Rubow au Danemark a émis la théorie que l'hypersecretion était un symptôme d'ulcus. Nous allons l'étayer maintenant sur des faits :

Nous lisons dans Mathieu: « À l'autopsie de 6 malades atteints de gastro-succorrhée on a constaté soit un ulcère chronique, soit une cicatrice d'ulcère siégeant au pylore ou dans son voisinage. Un des sujets avait même présenté les accidents caractéristiques du syndrome de Reichmann, crises douloureuses intenses, deux ou trois heures après les repas, hyperchlorhydrie marquée, constatée par le repas d'épreuve, et le matin à jeun, la sonde ramenait 2 à 300 cc. de liquide riche en acide chlorhydrique, sans débris alimen-

taires. Deux hématémèses étaient même survenues, faisant soupçonner l'ulcère. La conclusion de ces faits et de celui qu'a cité Hayem est que la cause la plus habituelle de la gastro-succorrhée continue, est soit un ulcère en activité, soit une cicatrice d'ulcère (1) ».

Robin, sur 61 cas d'ulcère, trouve 55 fois du liquide à jeun.

Bien mieux, Borgbjärg rapporte le cas d'un ulcus opéré par Kaensche, l'hypersecrétion disparaît et le malade guérit complètement. Ce sont là des faits absolument probants et qui paraissent ne laisser prise à aucune critique.

A l'appui de cette thèse, Soupault écrit : « Qu'il y ait ou non débris alimentaires, l'hypersecrétion à jeun est constamment le résultat d'une lésion ulcéreuse siégeant dans la région de l'estomac, au niveau de l'antrum pylorique, du pyllore ou du duodénum. »

Nous considérons l'ulcus juxta-pylorique comme étant l'origine des phénomènes moteurs et sécrétoires d'origine réflexe. En effet, toutes les méthodes thérapeutiques qui calment l'ulcère et l'irritation stomacale diminuent l'hypersecrétion.

Si, chez un malade atteint de gastro-succorrhée, de quelque intensité que ce soit, on pratique une gastro-entérostomie, on voit diminuer l'hypersecrétion à jeun. Enfin, dans 58 observations de malades présentant de l'hypersecrétion gastrique à jeun, chez lesquels il a été pratiqué 51 gastro-entérostomies et 9 autopsies, on a toujours constaté la présence d'un ulcère gastrique ou duodénal. Toutes les variétés se sont rencontrées, le vaste ulcère chronique, l'ulcère térébrant petit, l'exulcération simple (2).

(1) Mathieu, *Maladies de l'estomac*, p. 243.

(2) Soupault, *Maladies de l'estomac*, p. 500.

Jean-Charles Roux partage l'opinion de Soupault : « l'existence le matin à jeun d'une certaine quantité de sécrétion chlorhydrique suffit à indiquer l'existence d'une lésion de pylore ; mais il faut admettre un spasme intermittent s'il n'y a pas de débris alimentaires, spasme qui entretient à la fois une stase légère et une hypersecrétion réflexe. »

Åxel Borghjærg pratiqua systématiquement le tubage à jeun chez un grand nombre de malades atteints d'affections gastriques, et les résultats de ses recherches sont des plus intéressants. On ne peut y trouver que la confirmation exacte de tout ce que nous avons avancé jusqu'ici sans restriction.

L'examen d'une première série de malades chez lesquels le tubage avait été positif donne les résultats suivants :

20	ont un ulcère constaté à l'opération,
1	a un cancer constaté à l'opération,
10	ont des signes certains d'ulcère,
39	ont un ulcère probable.
70	

La quantité de liquide à jeun a varié dans les proportions suivantes :

1	avait	9 centimètres cubes,
11	—	10 à 19 centimètres cubes,
30	—	20 à 49 centimètres cubes,
18	—	50 à 99 centimètres cubes,
10	—	100 et plus.
70		

Rubow n'admettant comme quantité pathologique que plus de 50 cc., 28 malades se trouvaient seulement pour lui dans les conditions requises, et pourtant 19 ulcères consta-

tés à l'opération avaient eu moins de 20 cc. La teneur du liquide en débris alimentaires nous intéresse moins, car elle ne renseigne que sur la valeur de la stase. D'ailleurs, si l'on fait suivre le tubage d'un lavage d'estomac, on trouve presque toujours des débris microscopiques dans l'eau de lavage. Ainsi, sur ces 70 malades :

- . 57 avaient des débris alimentaires microscopiques,
- . 13 avaient des débris macroscopiques.

Dans des recherches ultérieures, Borgbjärg réunit encore une série de 102 observations. Nous les résumerons dans le tableau suivant, car il nous paraît inutile d'ajouter aucun commentaire à des faits qui sont par eux-mêmes suffisamment explicites.

Nombre des malades examinés.	102
On retire à jeun du liquide ou des débris chez. .	72
On ne retire rien chez.	30
42 ont des débris + H Cl libre.	{ 17 ont un ulcus avéré; 13 ont un ulcus probable; 11 ne peuvent avoir qu'un ulcus; 1 a un cancer du foie.
25 ont des débris sans H Cl libre.	} 4 ont un ulcus certain; 5 ont un ulcus probable; 1 a un cancer; 15 ont des phénomènes de sténose.
5 ont des débris sans liquide.	{ 1 a un ulcus certain; 2 ont un ulcus probable; 1 a des crises tabétiques; 1 est tuberculeux?

30 n'ont ni liquide ni dé- bris.	{	1 a un ulcus probable ;
		29 n'ont que des symptômes gas- triques extrêmement atténués, ne permettant pas de faire le diagnostic d'affection organi- que de l'estomac.

Les observations recueillies dans le service de M. le Dr Cettinger sont encore plus concluantes ; nous les exposons dans le tableau suivant :

Nombre des malades 60. :	{	Liquide à jeun.	55
		Pas de liquide.	5
Vérifications.	{	Par opération.	7
		Par hématémèse ou mélæna	9
		Par autopsie.	2

ULCÈRE ET GASTRO-SUCCORRHÉE

Il est évident, d'après ce que nous venons d'exposer, qu'il n'est plus possible d'admettre le syndrome de Reichmann comme entité morbide. Peu importe que l'hypersecrétion soit continue ou intermittente, il y a trouble de la motricité et de la sécrétion gastrique par lésion pylorique ulcéreuse. Il y a tout un ensemble constituant un syndrome dans lequel l'hypersecrétion n'est qu'un élément isolé.

Bouveret rapporte, dans son mémoire avec Devic, une observation de maladie de Reichmann qu'il considère comme absolument typique; nous allons en rapporter les principaux traits, et nous verrons ensuite quel diagnostic on pourrait aujourd'hui porter.

« M. X... a une affection qui procède par accès, toujours qualifiés d'accès de gastralgie. Ils débutent brusquement, durent huit, dix jours et cessent alors aussi rapidement qu'ils ont commencé. Entre temps, à condition d'éviter les écarts de régime, les troubles digestifs font défaut.

« Les accès surviennent deux ou trois fois par an et présentent toujours les mêmes symptômes, douleurs assez fortes à l'épigastre et vomissements abondants se répétant dix à quinze fois par jour.

« Au commencement du mois d'août, M. X... éprouve les malaises précurseurs de la crise, nausées, douleurs à l'épigastre, régurgitations acides. Le malade vomit constamment un liquide acide, aqueux, brûlant le gosier.

« L'analyse du liquide vomi montre que $H + C = 3,5$.

« Le 19 août, dans la matinée, le malade vomit en deux fois un litre d'environ d'un liquide d'une teinte marc de café.

« $H + C = 3,9$ malgré la présence du sang. La réaction de Gunzburg donne une très large anneau d'un rouge vif.

« Un nouveau vomissement a lieu et contient encore une plus forte proportion de sang. A l'examen, le pouls est ralenti et bat à 60. Les douleurs spontanées ne sont pas très vives, mais suffisent à troubler le sommeil. La pression digitale n'est douloureuse qu'au niveau du pylore. L'examen provoque un vomissement d'un liquide clair ne contenant ni sang ni débris alimentaires.

« Traitement: lait, pilules de glace, bicarbonate de soude 10 grammes, lavements évacuants et désaltérants.

« Les trois jours suivants, amélioration. Le quatrième, réapparition des grands vomissements très acides, contenant de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, digérant activement de petits disques d'albumine.

« Amélioration jusqu'au 7 septembre. Le 7 septembre réapparition des grands vomissements, et on remarque cette fois que la quantité de liquide vomie est très supérieure à la quantité ingérée. Puis atténuation des symptômes. Dans le courant du mois de septembre, il y eut encore trois grands vomissements acides. Les douleurs cessèrent progressivement, calmées par le bicarbonate de soude et le repos absolu.

« En octobre les vomissements ont définitivement cessé; il n'y a plus que quelques régurgitations acides après les

repas. En novembre, le malade paraît revenu à son état gastrique antérieur et peut se livrer de nouveau à ses occupations (1). »

Il semble, en lisant cette observation, que l'on ait eu affaire à un cas typique d'exulcération gastrique, et cependant, ce ne sont pas là les conclusions de l'auteur, bien au contraire. « Cette crise a été compliquée d'une hématomèse. Était-ce là l'indice d'un ulcère accompagnant le trouble sécrétoire? En aucune façon. On ne guérit ni si facilement, ni si rapidement d'un véritable ulcère. L'excès de la sécrétion s'accompagne nécessairement d'une forte congestion de la muqueuse, et il n'est pas douteux que cette congestion ne puisse aller jusqu'à produire l'hémorragie. »

Le tubage à jeun n'a, à la vérité, pas été pratiqué dans ce cas particulier, mais il semble incontestable que la sonde aurait démontré la présence d'une certaine quantité de liquide. Quant aux autres symptômes, nous avons porté le diagnostic d'exulcération chez des malades qui n'en présentaient pas d'aussi nombreux. La répétition et la qualité des vomissements, l'exacerbation nocturne de la douleur, la sensibilité du point pylorique et du point pylorique seul constituent un faisceau de grosses présomptions.

L'hématomèse ou plutôt les hématomèses sont venues confirmer les autres signes et lever les derniers doutes. Il nous paraît en effet inadmissible d'attribuer à une simple congestion de la muqueuse l'origine d'une gastrorrhagie. Cela se voit à la vérité dans les cirrhoses, mais avec des troubles graves de la circulation porte qui modifient singulièrement les éléments du problème.

Hayem et Lion ont, à la vérité, publié une observation

(1) Bouveret, *Maladies de l'estomac*, p. 163.

de gastrorrhagie mortelle n'ayant permis de retrouver à l'autopsie aucune lésion de la muqueuse gastrique. Cependant il nous semble, et les auteurs le reconnaissent eux-mêmes, que ce doivent être là des cas bien exceptionnels. On peut donc poser en principe que la gastrorrhagie est un symptôme de premier ordre qui n'appartient qu'à certaines maladies graves de l'estomac, l'ulcère, la gastrite ulcéreuse et le cancer.

L'évolution même de la maladie nous prouve qu'il s'agissait d'une exulcération gastrique. Nous ne voulons point ici aborder cette question de l'influence de la thérapeutique sur les ulcérations, mais c'est un fait acquis que la thérapeutique peut les améliorer et même les guérir. Nous n'en voulons donner d'autres preuves que les cicatrices stomacales si fréquemment constatées au cours des autopsies.

RAPPORT

ENTRE LA PRÉSENCE DU LIQUIDE A JEUN ET CELLE DES HÉMORRAGIES OCCULTES

Nous avons suffisamment insisté sur la valeur que nous attribuions à la présence du liquide à jeun. Mais quelque grande, qu'elle soit, elle ne peut suffire pour permettre de poser avec une absolue certitude le diagnostic d'ulcère. Ce sont les hémorragies occultes qui viennent lever les derniers doutes et apporter la preuve formelle de la présence d'une lésion ulcéreuse.

Reprenant l'examen des 60 malades du service de M. le Dr Ettinger, nous avons trouvé dans 59 cas les hémorragies occultes positives, c'est-à-dire un peu plus de 98 fois sur 100. C'est donc un phénomène plus constant encore que la présence de liquide à jeun et dont l'exceptionnelle absence peut s'expliquer d'une façon simple. Le malade, d'ailleurs, chez qui il nous a fait défaut, a été opéré par M. Ricard qui a trouvé un ulcère siégeant à la limite duodénale du pylore. La gastro-entérostomie ne comportant pas l'ouverture de l'estomac, l'ulcère a été senti par la palpation, et il s'agissait d'un ulcère ancien, calleux et incapable par conséquent de donner du sang.

Hartmann, qui a trouvé les hémorragies occultes dans 100 cas sur 100 d'ulcère, signale cependant trois observations où elles lui ont manqué. Dans les deux premières, il s'agissait d'une sténose néoplasique si serrée que le contenu sanglant de l'estomac ne pouvait passer dans l'intestin. Dans la troisième, il s'agissait d'un squirrhe sans lésion de la muqueuse (1).

Malgré leur constance, les hémorragies occultes doivent être recherchées avec une grande régularité; elles manquent en effet pendant des périodes entières pour reparaitre brusquement. On conçoit facilement que, lorsqu'il s'agit d'exulcérations gastriques légères, celles-ci puissent facilement cesser de donner du sang, aussi bien que provoquer une gastrorragie mortelle.

M. Œttinger rapporte l'histoire d'une femme entrée à l'hôpital pour une hématomèse abondante, sans aucun autre symptôme du côté de l'estomac. Cette hématomèse fut attribuée par lui à une exulcération se rattachant à une hyperchlorhydrie constatée par l'examen du chimisme gastrique. Quelques jours après, en même temps que les selles reprenaient leur couleur normale, on ne constatait plus la présence du sang dans les matières.

Nous avons encore assisté cette année, avec notre maître, à un fait exactement semblable. Une femme entre dans le service à la suite d'une hématomèse assez violente pour mettre sa vie en danger. La malade continue à avoir du mélæna, elle est pâle, décolorée, le pouls est petit et rapide. C'est d'ailleurs la troisième fois en dix ans qu'un pareil accident lui arrive, toujours fort grave. Lorsque les phénomènes aigus paraissent suffisamment éloignés pour permettre d'explorer sans danger l'estomac, on pratique le tu-

(1) Hartmann, *Archiv für Verdauungskrankheiten*, 1904.

bage à jeun qui ramène une vingtaine de centimètres cubes de liquide. L'état de la malade va toujours en s'améliorant, aucun trouble gastrique. Au bout d'un mois les hémorragies occultes ont complètement disparu des selles.

Bien plus, l'intensité et l'apparition des hémorragies occultes semblent suivre les variations du liquide à jeun, et les deux symptômes marchent parallèlement. Une augmentation de l'hypersecrétion et de la stase s'accompagne en général d'une recrudescence du sang dans les selles, et inversement.

Cela nous a paru particulièrement démonstratif chez deux malades. A l'entrée de l'une, on retire à jeun 120 cc., réactions très positives dans les selles. Un an après, elle revient pour quelques troubles légers. On constate qu'il n'y a plus que 10 cc. dans l'estomac le matin; quant aux hémorragies occultes, elles ont disparu ou sont presque nulles. L'autre observation est absolument superposable à la première. A l'entrée, 130 cc., réactions très positives. Cinq mois après, on ne retire plus que 20 cc., la benzidine ne se colore plus avec les matières, ou si faiblement que l'on n'en peut guère tenir compte.

Tous ces faits n'ont rien qui doive nous étonner, car nous avons mentionné les rapports qui existaient expérimentalement entre l'hypersecrétion et la présence d'un ulcère. Soupault a vu, après gastro-entérostomie, des hypersecrétions régresser au point d'aboutir à l'aepsie. Borgbjärg cite des faits analogues, et nous avons vu nous-mêmes disparaître après l'opération tous les symptômes de la gastrosuccorrhée. Lorsqu'elle persiste, il faut admettre que la nouvelle bouche stomacale ne fonctionne pas bien, et l'on peut s'en assurer en examinant sur l'écran radioscopique le parcours d'un lait de bismuth.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DES HÉMORRAGIES OCCULTES

Nous pensons avoir prouvé que la gastrite dite nerveuse ou l'hyperacidité simple étaient incapables de donner lieu à des hémorragies occultes. C'est donc grâce à ces hémorragies que nous pourrions faire le diagnostic de lésion organique de l'estomac. Ajoutées à d'autres symptômes, elles constituent un élément d'une valeur capitale. Schloss et Boas les ont recherchées dans les cas difficiles, et toujours les vérifications ont pleinement confirmé le résultat qu'elles avaient donné. Plus encore, la persistance définitive de ces hémorragies donne la certitude que l'on a affaire à un cancer.

Mais il est un fait sur lequel nous devons insister, c'est la régularité avec laquelle doivent être faits ces examens de matières. Dans le service de M. Œttinger, tout malade suspect de lésion ulcéreuse est mis au régime lacto-farineux, et l'on recherche chaque jour les deux réactions, celle d'Adler à la benzidine et celle de Meyer à la phénolphthaléine. En effet, un examen fait par hasard risquerait d'être négatif. Un tel fait, quand il se présente, n'a aucune valeur. Les exulcérations surtout sont capricieuses, cessent de don-

ner du sang fréquemment pendant un, deux ou trois jours, pour reprendre ensuite de plus belle. Nous rappelons à ce propos les deux observations citées plus haut, où, après une gastrorragie grave, les hémorragies occultes ont presque immédiatement disparu.

Les hémorragies occultes de l'ulcère vrai, constitué, sont beaucoup plus tenaces, mais on peut les reconnaître à ce fait que, au moins dans un grand nombre de cas, elles cèdent au traitement. L'ingestion d'aliments solides les entretient en irritant la petite perte de substance; au contraire, l'observation de Bouveret nous a montré tout l'heureux effet que pouvaient avoir les pilules de glace, les alcalins et le lait bu par toutes petites fractions.

Il y a une période où le diagnostic de l'ulcère est difficile, c'est au moment de sa transformation en ulcéro-cancer. Si, alors, les hémorragies occultes sont incoercibles, si on a des troubles accusés de la motricité gastrique avec stase alimentaire macroscopique, on a affaire à un ulcère dégénéré.

Rappelons enfin que, pour avoir leur pleine signification, les hémorragies occultes doivent être recherchées par les procédés les plus sensibles. Le gäiac, même en employant un extrait éthéré, est trop infidèle, et partant, ne donne que d'insuffisants résultats.

« Chez un malade, rapporte M. Cettinger, avant l'apparition d'une hématémèse abondante, sur quatre examens de selles, deux se montrèrent positifs à la benzidine, un seul avec le gäiac, et encore, d'une façon douteuse. Dans un autre cas, sur 18 examens, tous positifs avec la benzidine, 4 seulement le furent avec la teinture de gäiac (1). »

(1) Cettinger et Girault, *Semaine médicale*, 1906.

Et c'est là la cause, comme le signale Girault dans sa thèse, des discordances qui existent entre les diverses statistiques. Il est bien probable que si Mathieu et Roux avaient employé la benzidine, leurs résultats auraient exactement coïncidé avec les nôtres. D'ailleurs, nous avons indiqué antérieurement les résultats probants de Boas, d'Hartmann et de Sihlon et nous avons vu avec M. Ættinger assez de vérifications opératoires pour ne plus conserver aucun doute sur la valeur du procédé diagnostique que nous soutenons. Son emploi s'étend de plus en plus et, appliqué récemment à la recherche du sang dans les urines, il a donné les meilleurs résultats.

RAPPORT DES HÉMORRAGIES OCCULTES AVEC LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

Les hémorragies ne sont pas seulement un excellent moyen de diagnostic, mais une méthode permettant de contrôler l'évolution de la maladie. Nous avons assez insisté sur leur origine pour que cette assertion ne surprenne pas. Leur présence correspond toujours à une période d'activité de la lésion gastrique et elles reflètent très exactement l'ensemble des symptômes fonctionnels. Ainsi donc, elles sont constantes tant que la douleur existe, et aucun de nos malades n'a présenté d'exception à cette règle.

Nous publions à la fin de ce travail un certain nombre d'observations qui nous paraissent particulièrement concluantes, mais nous allons dès maintenant en rappeler brièvement deux cas absolument typiques.

Deux jeunes filles rentrent à la même époque dans le service pour la même affection. Toutes deux, assez fortement anémiées, présentent une gastropathie douloureuse, crampes, puis sensation de torsion, de broiement survenant deux heures après les repas, régulièrement depuis quelques semaines.

Peu ou pas de vomissements, jamais d'hématémèse ni de mélæna.

L'examen des selles montre une réaction franchement positive à la benzidine et au Meyer. Toutes deux sont soumises au même traitement. Chez l'une, les hémorragies occultes s'atténuent au bout d'un mois et disparaissent complètement, l'appétit revient, les digestions sont faciles et la malade supporte admirablement les purées, les pâtes, les œufs même. Elle sort complètement guérie. Chez l'autre, les hémorragies ont persisté avec la même intensité. Ni le repos, ni le régime n'ont paru les influencer. Parallèlement, les phénomènes douloureux continuent à se manifester. La malade a dû renoncer même aux bouillies les plus légères et ne peut prendre que du lait et encore par très petite quantité à la fois.

Cet exemple montre parfaitement quel rapport intime unit les deux symptômes.

Mieux encore, chez de plus anciennes malades, parties guéries en apparence, la réapparition des crampes et des vomissements a toujours été accompagnée du retour des hémorragies occultes. Jamais nous n'avons vu les douleurs revenir seules.

Donc, de même que l'absence de réaction peut faire prévoir une atténuation prochaine des crises, de même il faut considérer comme bien précaire toute amélioration qui survient en dehors de la disparition du sang dans les matières. Le spasme douloureux dont le pylore est le siège peut toujours s'atténuer à un moment donné sous une influence nerveuse réflexe, mais cela n'implique nullement l'entrée en voie de cicatrisation de la lésion ulcéreuse. Pour avoir une valeur réelle, la disparition des hémorragies occultes doit être durable. Il importe peu, et nous avons

déjà signalé ce fait, qu'elles manquent pendant un ou deux jours ou paraissent atténuées pendant le même laps de temps. La muqueuse gastrique ne donne évidemment pas chaque jour la même quantité de sang, il peut y avoir une sténose passagère retenant ce sang et l'empêchant de passer momentanément dans l'intestin. Tous ces faits ne se manifestent pas cliniquement et n'influencent nullement la lésion causale.

La seule atténuation de la douleur n'a pas grande valeur. « Un malade entre dans le service avec le syndrome habituel. Hémorragies occultes positives. Après quelques jours de repos et de régime, il se sent beaucoup mieux et sort malgré les conseils qui lui sont donnés, ayant encore des réactions très franches. Il est obligé de rentrer peu après. Très rapidement, il avait été repris de tous les symptômes primitifs, et son départ prématuré lui a fait perdre le bénéfice du temps passé déjà à l'hôpital. »

Cette manière de voir est en tout point adoptée par Hartmann. Sur 26 malades traités, 21 virent leurs hémorragies occultes disparaître rapidement. Ils partent avec les apparences de la guérison. Par contre, 5 autres chez qui elles avaient persisté, sont gardés à la diète et au repos, et Hartmann ne les laisse se lever que lorsque les résultats des examens sont négatifs.

DURÉE DES HÉMORRAGIES OCCULTES

La durée des hémorragies occultes est extrêmement variable, et on ne peut déduire, même de la lecture d'un grand nombre d'observations, aucune règle approximative et encore moins absolue. Cette durée dépend avant tout de l'étendue de la lésion causale, et celle-ci échappe à tout contrôle direct. Cependant, nous pouvons dire que, dans un très grand nombre de cas, on voit les réactions diminuer au bout d'une quinzaine de jours et disparaître au bout d'un mois à peu près. C'est là une grosse probabilité en faveur d'une exulcération légère dont la cicatrisation pourra être obtenue si le malade montre quelque persévérance dans le traitement.

Il faut avoir suivi le malade pendant une période extrêmement longue pour pouvoir conclure à une guérison définitive. Une des caractéristiques les plus marquées des exulcérations gastriques est la grande durée des périodes pendant lesquelles elles peuvent, pour ainsi dire, sommeiller. Ce sont des lésions extrêmement irrégulières dans leur évolution, et l'on assiste à des améliorations telles et parfois si rapides, que l'on peut être tenté de conclure à une grande bénignité de processus et à sa disparition totale.

Une pareille façon d'agir conduirait à de grandes erreurs de pronostic.

Nous résumons ici brièvement l'observation d'une malade suivie à la consultation de M. Ættinger pendant trois ans.

Vient pour des douleurs qui surviennent après les repas, irrégulièrement, douleurs épigastriques avec irradiations dans le dos et les épaules. Les vomissements sont exceptionnels.

Le tubage à jeun ramène 20 cc. de liquide et le repas d'épreuve montre une augmentation de l'acide chlorhydrique libre. La malade est mise au régime lacto-farineux ; réaction positive dans les selles. Un mois après, les douleurs ont disparu, la réaction à la benzidine est négative.

Onze mois plus tard, la malade revient avec les symptômes du début, les réactions ont réapparu dans les matières et persistent avec de grandes variations d'intensité pendant six mois.

Guérison apparente de deux mois, puis reprise de tous les accidents y compris les hémorragies occultes, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant un an et demi. Actuellement la malade est dans une période de guérison apparente.

On voit, d'après ce qui précède, combien les rechutes sont fréquentes, et cependant pendant plus de onze mois notre malade s'est maintenue en état de santé parfaite. Les cas analogues sont extrêmement nombreux, pour ne pas dire les plus fréquents. Toutefois, sans avoir rien d'absolu, le pronostic porté sera d'autant plus grave que les hémorragies occultes se seront montrées plus persistantes et plus rebelles.

Un autre fait semble se dégager de la lecture des observations. Il semble que les hémorragies occultes disparaissent

d'autant plus facilement que le sujet est plus jeune. On a plus de chances évidemment dans ces circonstances de diagnostiquer la lésion près de son début, et le traitement apparaît plus rapidement et plus sûrement efficace, mais il faut bien se dire qu'il y a de jeunes ulcères et de vieilles exulcérations. Nous avons vu les hémorragies occultes disparaître en trois semaines chez un homme âgé de plus de 40 ans, et la guérison paraît durable.

Ainsi donc, si la constatation des hémorragies occultes est un merveilleux signe diagnostique, leur valeur pronostique dépend davantage de leur durée que de leur disparition. On pourra avec la plus grande certitude se montrer pessimiste dans le premier cas. La réserve s'impose dans le second et il faut savoir attendre des mois et même des années avant de se prononcer favorablement d'une façon définitive. Il faudra tenir le malade en observation constante, répéter les examens un grand nombre de fois en éliminant toujours avec soin les erreurs d'interprétation. La moindre réaction au milieu d'une période d'équilibre gastrique apparent doit être prise en sérieuse considération. M. Cœttinger a constaté des hémorragies occultes chez un malade qui ne souffrait plus depuis quatre ans et dont on croyait la lésion depuis longtemps cicatrisée. Peu après le malade était pris d'hématémèses. Il mourut rapidement par perforation et l'on retrouva un vaste ulcère à l'autopsie.

LES HÉMORRAGIES OCCULTES ET LE TRAITEMENT

Nous n'avons nullement l'intention d'exposer ici la question du traitement de l'ulcère, nous voulons simplement dire quelles indications thérapeutiques on peut tirer de la présence ou de l'absence des hémorragies occultes.

Les réactions sont-elles fortement et rapidement positives, on prescrira le bismuth et le régime lacté absolu. Le bismuth, à la dose de 10 à 12 grammes, sera pris chaque matin à jeun, une heure avant toute alimentation, et l'on ordonnera au malade de rester rigoureusement étendu sur le dos pendant l'heure qui en suivra l'absorption. Du lait sera pris toutes les heures, par toutes petites doses, bues lentement; des prises trop abondantes, trop espacées, sont certainement la cause de l'intolérance que beaucoup éprouvent pour cet aliment.

Quand le sang devient moins abondant, on ajoute à l'alimentation des bouillies, trois par jour, composées d'une cuillerée à soupe de farine et d'un demi-litre de lait chacune. Puis, après les bouillies, viennent les purées légères, les pâtes alimentaires.

Jamais, et c'est là une règle absolue dans le service de M. Cettinger, l'alimentation ne doit être reprise tant que

les hémorragies persistent, même faibles, et cette mesure de prudence a toujours donné les meilleurs résultats; nous avons vu en effet, dans les chapitres précédents, que les gastrorragies étaient à craindre, même en l'absence de toute douleur ou de tout vomissement.

Généralement, dans les cas favorables, les crises cessent au bout de peu de temps; lorsqu'elles reprennent, une semaine ou deux de bismuth suffisent à les calmer.

En dehors de cette thérapeutique, il est un facteur sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est le repos absolu. Il est capital que les malades en traitement gardent le lit de la façon la plus complète, et cette immobilité est le complément nécessaire et indispensable du régime. Il est peu de malades qui souffrent au repos, et on voit au contraire les douleurs reprendre au moindre effort. C'est là un presque aussibon signe que les hémorragies occultes que l'on a affaire à des lésions en évolution.

Lorsque, au bout de quelques semaines, il ne se produit aucune diminution dans l'intensité des réactions, lorsque le malade est incapable, sans éprouver une gêne, de se livrer à un exercice même modéré, il est inutile d'attendre les accidents qui se produiront sûrement à échéance plus ou moins éloignée. La gastro-entérostomie et, dans quelques cas, la pylorectomie sont des opérations qui donneront toujours toute satisfaction et que l'on ne regrettera jamais d'avoir fait pratiquer trop tôt. Rappelons enfin qu'il faut parfois attendre quelque temps après une intervention avant de voir disparaître les hémorragies occultes. Si un ulcère mis au repos, à l'abri du contact des aliments, a de grandes chances de se cicatriser, il ne s'arrête pas toujours brusquement de saigner, et l'on peut avoir encore quelques alertes avant d'entrer dans la phase de guérison définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Exulcération gastrique probable. — Les hémorragies occultes coexistent avec les crises douloureuses.

B..., 31 ans, fleuriste, vient à la consultation le 15 juillet 1907 pour douleurs gastriques.

Le début de l'affection remonte à trois ans. A ce moment, la malade eut de vives contrariétés, et depuis elle a toujours souffert de l'estomac.

La douleur se montre après les repas et dure une heure ou deux, constituant une sorte de gêne, de constriction épigastrique, avec irradiation assez vagues dans la région dorsale. Jamais d'ailleurs la douleur n'a été très intense.

La malade a des bouffées de chaleur, des somnolences; parfois elle est réveillée la nuit par une sensation pénible qui la tient éveillée.

Jamais de vomissement ni de sang dans les matières.

A l'examen, l'estomac paraît ptosé. Pas de contractions péristaltiques. Clapotage au niveau de l'ombilic.

Tubage à jeun :

V. quelques centimètres cubes.

Congo. +

Tournesol. +

Repas d'épreuve. — N'a pu être retiré.

Réaction dans les selles :

17 juillet.	+	+
18 —	+	+
20 —	+	
22 —	+	
24 —	0	
25 —	00	
29 —	0	
30 —	00	
1 ^{er} août.	0	

TRAITEMENT. — Sous-nitrate de bismuth, 10 grammes.
Régime lacté.

24 juillet. — Sous l'influence du repos, disparition de la douleur et des hémorragies occultes.

26 juillet. — Repas d'épreuve.

V.	75 cent. cubes. Bien émulsionné.
A.	4,81
H.	2,40

31 juillet. — La malade sort de l'hôpital. Le seul phénomène qui persiste est une sensation de faim douloureuse qui se produit de temps à autre le matin à jeun. La même sensation se reproduit encore irrégulièrement dans l'après-midi. A part cela, ni douleur vraie, ni vomissement. On prescrit le régime lacto-farineux et de l'eau de Carlsbad à prendre chaque matin à jeun, préalablement chauffée.

1^{er} octobre. — État satisfaisant.

30 octobre. — Amélioration progressive.

Les réactions dans les selles sont toujours négatives.

11 décembre. — Depuis une huitaine de jours, réapparition d'une sensation de pesanteur et de gêne survenant une heure après les repas.

Pas de vomissements.

Réaction positive dans les selles.

OBSERVATION II

Ulcus et ptose. — Amélioration complète.

G..., 36 ans, couturière, vient consulter pour une gastro-pâthie dont elle souffre depuis seize ans.

C'est une douleur épigastrique avec irradiations en ceinture et dans le dos. Elle survient le matin et donne une sensation de déchirure gastrique. La malade ne peut déjeuner. Quand elle ne souffre pas le matin, la douleur survient vers quatre heures de l'après-midi.

Vomissements aqueux, amers; très rares.

A l'examen, hyperesthésie, épigastrique, clapotage, ptose rénale.

23 octobre. — Tubage à jeun :

V.	15 cent. cubes. Sans débris.
Congo.	+
Tournesol. . . .	+
Gmelin.	+
Uffelmann. . . .	0
Benzidine. . . .	+

Repas d'épreuve :

V.	100 cent. cubes. Mal émulsionné.
A.	2,26
H.	0,94.
Benzidine. . . .	+
Gunzburg. . . .	+
Réactions dans les selles	+ + +
Traitement bismuthique.	
Régime lacto-farineux.	

28 octobre. — Amélioration.

Selles +

18 novembre. — L'amélioration s'accroît.

Selles, 0.

2 décembre. — Rétablissement complet.

Selles, 0.

10 décembre. — Aucune douleur.

Réactions positives dans les selles, mais on n'en peut tenir compte, la malade ayant mangé de la viande.

OBSERVATION III

Ulcus. — Grande amélioration.

R. vient le 17 juin 1908, pour des douleurs épigastriques. Apparues à la suite d'une indigestion, elles sont permanentes, et plutôt calmées par les repas.

Elles atteignent cependant leur maximum, trois heures après et se prolongent sous forme de crise pendant une heure.

Pas de vomissement.

Augmentation de l'appétit.

Tubage à jeun :

V.	10 cent. cubes. Sans débris.
A.	2,17
H.	1,38
Congo.	+
Benzidine.	+

Repas d'épreuve :

V.	130 cent. cubes. Bien émulsionné.
A.	2,62
H.	1,60
Congo.	+
Benzidine.	+
Mette.	19
Régime lacto-farineux.	
Selles.	+ +

22 juillet. — Traitement bismuthique. Régime lacto-farineux.
Douleurs persistent, mais moins vives.

5 août. — Douleurs moins vives
Selles — réaction faible.

12 août. — Les douleurs n'existent plus qu'après l'ingestion
des bouillies.

La réaction dans les selles a disparu.
Même traitement.

25 août. — Le malade se plaint encore de ressentir une douleur sourde au creux épigastrique pendant une heure après les repas. C'est une sensation de poids survenant surtout après le repas du soir.

Pas de vomissements, mais des renvois acides.
Examen des selles négatif.

2 septembre. — Les réactions ont disparu dans les selles, mais les douleurs persistent, toutefois un peu diminuées.

7 octobre. — Les douleurs continuent à diminuer, le malade doit reprendre son travail.
Examen des selles + très faible.

14 octobre. — On n'a plus qu'une légère pesanteur après les repas.

21 octobre. — Le malade n'éprouve plus qu'à de rares intervalles un peu de gêne après les repas.
L'examen des selles est négatif.

26 octobre. — Le malade a eu quelques vives douleurs au creux épigastrique et même des douleurs dorsales. On le remet au régime et au bismuth.

13 janvier 1909. — Il a repris son travail le 26 octobre et est resté sans souffrir jusqu'aux premiers jours de décembre. A ce moment les douleurs sont revenues sous forme de brûlures et ont persisté avec des améliorations.

Les réactions dans les selles ont été négatives jusqu'en décembre. Examinées depuis lors 6 fois, elles ont été positives.

Traitement : Repos absolu.

27 janvier. — Les douleurs ont disparu, il persiste néanmoins une sensation de gêne et de gonflement après les repas.

Réaction négative dans les selles.

Bismuth, 8 jours.

3 février. — Amélioration progressive.

Réaction négative dans les selles.

17 mars. — Ballonnement après les repas, peu de douleurs.

Réaction négative.

21 avril. — Toujours gonflé après les repas.

On redonne trois semaines de bismuth.

26 mai. — Grande amélioration.

Régime lacto-farineux.

Réaction négative dans les selles.

OBSERVATION IV

Exulcération gastrique probable. — Réactions intermittentes dans les selles. — Guérison.

Le nommé F..., représentant de commerce, entre le 27 juin 1907 à l'hôpital pour gastropathie ancienne. Depuis quinze ans, le malade souffre de l'estomac. Les digestions sont pénibles, et quelques heures après les repas, il éprouve des sensations de brûlure intense au creux épigastrique, accompagnées de renvois acides.

Brusquement, il fut pris, le 13 avril, d'une hématomèse abondante. Dans l'espace de deux heures, il rendit en trois fois une quantité de sang noir qu'il évalue à 2 litres. Cet accident survint vers 9 heures du soir, et le malade avait éprouvé auparavant une sensation de plénitude gastrique qui l'avait empêché de prendre le moindre aliment. Puis, sous l'influence de pilules d'ergotine, tout rentra dans l'ordre.

Après l'hématomèse, le malade resta au régime lacté absolu

pendant deux mois, et prit du bismuth à la dose de 10 grammes puis de 15 pendant deux mois et demi.

A l'examen, le malade semble un peu anémié, son facies est pâle. Il accuse au niveau de l'épigastre une sensation pénible, un peu douloureuse, spontanée. Cette douleur n'est pas augmentée par la palpation et même la pression profonde. Elle s'irradie parfois dans les flancs, mais n'a pas de point dorsal nettement correspondant. Jamais elle ne revêt le type en broche.

Les vomissements sont absolument nuls.

L'examen des matières donne des résultats irrégulièrement positifs.

Examen du suc gastrique, le 1^{er} juillet :

A.	2,50
H.	1,55
Mette.	18,19

Le tubage à jeun ne ramène rien.

Examen des matières :

26 juin.	+ f
30 —	+ f
1 ^{er} juillet.	0
2 —	+ f
3 —	+ f.
4 —	0
12 —	0
16 —	+ f ??

Le malade, qui a été mis au régime lacto-farineux et au repos à son entrée, s'est amélioré rapidement. Au 1^{er} juillet déjà les douleurs ont complètement disparu. Il ne persiste plus qu'une sensation de gêne au creux épigastrique pendant la période digestive.

Il sort de l'hôpital le 5 juillet et revient de temps en temps faire examiner ses matières. Les réactions s'y maintiennent très faibles ou négatives et l'état général confirme pleinement ces résultats. Les digestions sont faciles, il n'existe même plus la moindre sensation gastrique.

L'intestin fonctionne normalement.

OBSERVATION V

Exulcération gastrique. — Amélioration rapide.

Mlle C..., 27 ans, journalière, rentre à l'hôpital le 3 janvier, parce qu'elle souffre de l'estomac et voit ses forces rapidement décroître depuis quelque temps.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, elle a été toujours chétive, et a été soignée pendant quatre mois pour chlorose. Elle tousse un peu, mais n'a jamais eu d'hémoptysie et ne présente pas de signes bien nets de tuberculose.

Il y a un mois qu'elle a commencé à souffrir de l'estomac. Les douleurs surviennent trois heures après tous les repas et durent environ trois quarts d'heure. C'est une sensation de torsion, de broiement, de déchirure du creux épigastrique qui s'irradie dans le côté gauche et le dos.

Elle rend ses aliments presque tous les jours, au moment des douleurs que les vomissements font disparaître. Ces vomissements se produisent surtout après le repas du matin. Ils sont alimentaires et n'ont jamais dépassé trois quarts de litre comme quantité.

Pas d'amaigrissement notable.

A l'examen, la malade est chétive et pâle. Douleurs à la palpation profonde de l'estomac, au niveau du creux épigastrique et sous le rebord des fausses côtes gauches. Pas de ptose. Clapotage gastrique, mais on n'en peut tenir grand compte, la malade ayant pris du lait peu avant.

Tubage à jeun : quelques mucosités.

Repas d'épreuve :

V.	95 cent. cubes. Bien émulsionné.
A.	2,04
H.	0,73

Congo. +

Gunzburg. +

Examen des matières :

Benzidine. + + +

Phénolphtaléine. . . + + +

Régime lacté. — Cure bismuthique.

13 janvier. — La malade ne souffre plus de l'estomac.

Les réactions dans les selles se montrent irrégulières, tantôt positives, tantôt négatives.

21 janvier. — La malade va très bien.

Réactions toujours irrégulières.

31 janvier. — État excellent. On donne des purées et des pâtes.

Réaction négative.

8 février. — L'état se maintient parfait. Alimentation lacto-végétarienne ; la malade part au Vésinet.

Réactions régulièrement négatives.

OBSERVATION VI

Exulcération gastrique. — Grande amélioration.

Mme R..., 18 ans, couturière, vient consulter le 3 septembre, parce qu'elle souffre de l'estomac. Comme antécédents, la malade a eu à l'âge de neuf ans une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle elle a commencé à présenter des troubles gastriques : sensation de gonflement avec nausées survenant à n'importe quelle heure de la journée. Ni vomissements, ni constipation. Ces sensations reviennent de temps à autre depuis cette époque, durant parfois quelques heures, mais souvent plusieurs jours. Les périodes de bien-être, qui ont duré jusqu'à six mois, deviennent de plus en plus courtes et les crises plus fréquentes et plus intenses.

Il y a deux mois, en juillet par conséquent, les douleurs se sont

encore accentuées. Par moment, elle éprouve une sensation de distension gastrique avec brûlures épigastriques et irradiations intestinales.

Quelques vomissements aqueux de un quart de litre.

Examen. Par la phonendoscopie, on perçoit un estomac descendant jusqu'au niveau de l'ombilic et remontant jusqu'à l'angle costoxiphoidien.

On observe à l'inspection une voussure assez prononcée occupant toute cette région.

20 *septembre*. — Tubage à jeun : Pas de liquide.

Régime lacto-végétarien. La malade sort.

24 *septembre*. — La malade revient à la consultation. Elle est très pâle, ses muqueuses sont décolorées. On entend un souffle aux jugulaires. Elle aurait eu un étourdissement suivi d'un vomissement.

Régime lacté absolu. — Bismuth.

Réaction très faible dans les selles.

30 *septembre*. — État stationnaire.

Examen des selles :

8 septembre.	+	+
11 septembre.	0	
3 octobre.	+	+
7 octobre.	+	+
9 octobre.	+	+

8 *octobre*. — Tubage à jeun : Quelques centimètres cubes de liquide opalescent, très acide.

Repas d'épreuve :

V.	65 cent. cubes. Bien émulsionné.
A.	4,02
H.	2,62

Il semble qu'à l'heure actuelle la douleur ait changé de modalité. Il y en a deux, bien distinctes. L'une intermittente, lancinante, durant cinq minutes et se renouvelant au moment des

crises toutes les heures ou toutes les deux heures, siège sous le sein gauche invariablement.

L'autre siège à l'épigastre. Elle est continue, donne une sensation de lourdeur, de poids. Certains jours, elle est plus violente, et alors c'est une sensation de déchirure continue qui s'irradie le long du sternum. Cette douleur apparaît le matin et dure toute la journée avec des rémissions plus ou moins longues.

L'appétit est conservé et la malade a toujours faim.

Les vomissements n'ont existé qu'au mois d'août pendant huit jours et ont complètement disparu actuellement.

A l'examen, on constate encore une voussure épigastrique; douleur à la pression, mais peu d'hyperesthésie cutanée.

9 novembre. — Depuis la rentrée à l'hôpital, les douleurs ont progressivement diminué et même disparu complètement depuis huit jours.

Régime lacto-farineux. Bismuth.

Les réactions dans les selles sont recherchées chaque jour et toujours positives.

La malade sort de nouveau de l'hôpital.

18 novembre. — Elle n'a plus souffert. Elle reste étendue et suit son traitement.

Examen des selles négatif.

25 novembre. — L'amélioration se poursuit.

Examen des selles — 0

On permet à la malade de se lever dans la journée et de suivre son régime avec moins de sévérité.

OBSERVATION VII

Exulcération gastrique. — Grande amélioration.

Mlle F...; 20 ans, vient le 10 mars 1908 à la consultation pour des troubles gastriques datant déjà de deux ans.

Ces troubles apparaissent le matin, vers 10 heures : tiraille-

ments, sensation de malaise que calme l'ingestion de quelques aliments. Au déjeuner, bon appétit, mais jusqu'à 5 heures du soir, pesanteurs, bouffées de chaleur, congestion de la face.

Après le dîner, mêmes troubles. Céphalée continue.

Le sommeil est mauvais, coupé de cauchemars avec des sueurs et de fréquentes syncopes.

L'état s'est sensiblement aggravé depuis trois semaines.

Actuellement, les douleurs épigastriques sont plus vives, irradiées en ceinture et surviennent une à deux heures après le repas.

Jamais de vomissements, mais de fréquentes pituites.

TRAITEMENT. — Lait, bismuth.

14 mars 1909. — Tubage à jeun :

V.	130 cent. cubes. Sans débris alim.
A.	1,24
H.	0,58
Congo.	+
Gunzburg.	+
Benzidine	+
Gmelin.	+

Repas d'épreuve :

V.	250 cent. cubes. Bien émulsionné.
A.	1,75
H.	0,80
Congo.	+
Gunzburg.	+

Examen des selles. + + +

18 mars. — Selles + + +

20 mars. — Selles + + +.

21 avril 1909. — La malade rentré dans le service.

Elle n'a jamais suivi son traitement et souffre de plus en plus. Les douleurs sont maintenant plus typiques. Elles apparaissent deux heures après le repas, violentes, épigastriques et sont cal-

mées au bout de deux nouvelles heures par le vomissement. Ces vomissements ne sont pas quotidiens, mais en tout cas à la fois alimentaires et extrêmement acides.

Elle souffre également la nuit.

A l'examen, vive hyperesthésie épigastrique. Clapotage.

22 avril. — Tubage à jeun :

V.	20 cent. cubes. Colorés par la bile.
A.	2,01.
H.	1,31
Congo.	+ +
Gmelin.	+ +

Repas d'épreuve :

V.	145 cent. cubes. Mal émulsionné, donne 30 cent. cubes de débris par décantation.
A.	2,77
H.	1,82
Congo.	+
Gunzburg.	+
Mette.	15

Examen des selles très positif.

5 mai. — La malade quitte l'hôpital très légèrement améliorée.

9 juin. — Amélioration notable.

Réaction faible.

21 juin. — L'amélioration persiste.

Réaction faible.

29 juillet. — Etat excellent.

Plus d'hémorragies occultes. Poids 43 kgr.

20 octobre. — L'état se maintient parfait. Plus aucune douleur. Régime lacto-farineux. Poids 45 kgr.

Selles — 0

OBSERVATION VIII

Exulcération de l'estomac. — Guérison apparente.

Mlle M..., typographe, âgée de 26 ans, vient le 27 mars 1907 à la consultation parce qu'elle souffre de l'estomac depuis dix ans.

Elle éprouve des douleurs survenant dans l'après-midi, à 2 heures ou à 6 heures, jamais le matin, ni dans la nuit. Elles siègent au niveau du creux épigastrique, s'irradient dans le côté droit, quelquefois dans l'épaule et dans le sein.

Elles ne s'accompagnent que rarement d'un vomissement alimentaire, mais souvent le soir d'un vomissement aqueux d'un goût fade.

Pas d'insomnie ni de céphalée. Amaigrissement.

Tubage à jeun :

V.	120 cent. cubes.
Congo.	0

L'estomac est très ptosé, en besace, et descend à trois travers de doigt de la symphyse.

29 mars 1907. — Tubage à jeun :

V.	120 cent. cubes. Muqueux coloré par la bile.
------------	---

Repas d'épreuve :

V.	182 cent. cubes.
A.	2,26
H.	1,09
Mette.	10

Régime 1 litre et demi de lait, 3 bouillies, repos absolu.

Poids 51 kgr.

Réactions positives dans les selles.

1^{er} mai. — Poids 53 kgr.

29 mai. — Poids 55 kgr. Amélioration continue. Persistance d'une douleur avec irradiation dans le côté droit.

26 juin. — Se plaint toujours d'une sensation douloureuse dans la station debout à l'épigastre et à droite.

Traitement bismuthé.

31 juillet. — Douleurs gastriques très amendées, ne se réveillant plus sous l'influence de la marche. La douleur dans le côté droit a disparu, mais reparait quelquefois ainsi que la douleur dorsale sous l'influence de la fatigue.

Poids 57 kgr. 500.

16 octobre. — Poids 59 kgr. 500. Amélioration considérable, sauf persistance d'une douleur intercostale droite.

22 janvier. — L'amélioration continue. Poids 59 kgr. Alternatives de traitement au bismuth.

Réaction négative dans les selles.

24 juin. — Examen des selles à la benzidine positive.

Réapparition des crises douloureuses.

1^{er} juillet. — Amélioration.

Examen des selles : + faible.

22 juillet. — Examen des selles : + faible.

Douleurs moins fréquentes. Elle reste parfois huit jours sans souffrir, puis réapparition des douleurs vives sans vomissements, généralement l'après-midi.

22 avril 1908. — La malade entre à l'hôpital pour y garder le repos complet.

Depuis sa dernière consultation, les crises ont été de plus en plus rapprochées, survenant toujours dans l'après-midi, tantôt vers 2 heures, tantôt entre 4 et 6.

Dans tout ce laps de temps, elle n'a vomi que deux fois.

27 avril. — Tubage à jeun :

V.	10 cent. cubes. Filant sanguinolent.
H.	0
Gunzburg.	0
Diméthyl.	0
Congo.	0

Repas d'épreuve :

V. : 200 cent. cubes. Bien émulsionné
avec 60 cent. cubes de débris.

A. 2,84

H. 2,04

Congo. + +

Gunzburg. + +

Diméthylamidoazobenzol : + +

Traitement bismuthique.

13 mai. — Plus de douleurs.

22 mai. — On cesse le bismuth.

Alimentation composée de pâtes et de bouillies.

Poids 51 kgr.

16 juin. — La malade ne souffre plus depuis un mois et sort de l'hôpital en apparence guérie.

D'avril à mai, elle a présenté dans les selles des hémorragies occultes mais irrégulières et allant en diminuant.

OBSERVATION IX

*Ulcus ou exulcération. — Réactions positives dans les selles.
Guérison apparente.*

G., mécanicien, 26 ans, vient le 10 novembre 1908, pour des troubles digestifs datant de cinq ou six ans. Ce sont des digestions lentes et pénibles, des sensations de pesanteur, de gonflement du ventre qui débutent une demi-heure après le repas et durent environ deux heures. Puis, dans une deuxième période, sédation de tous ces symptômes qui l'ont repris il y a environ deux mois et s'accompagnent d'une réelle douleur depuis trois semaines.

Le matin, au réveil, le malade ne souffre pas, mange de bon appétit et ne ressent rien jusqu'au repas de midi. Mais une demi-heure après il éprouve une vive brûlure au creux épigastrique, s'accompagnant de renvois amers et s'irradiant dans les flancs, jamais dans le dos.

Cette brûlure dure deux heures environ.

Mêmes symptômes après le repas du soir durant le même laps de temps.

A l'examen, pas d'amaigrissement.

Pas de clapotage trois heures après l'ingestion de lait.

Douleur sur le trajet du colon que l'on sent légèrement contracturé.

Pas de douleur épigastrique vraie, mais sensibilité de toute la région.

12 novembre. — Repas d'épreuve :

V.	200 cent. cubes. Mal émulsionné.
Congo.	+ +
Gunzburg.	+ +
Benzidine.	+
A.	3,28
H.	2,48
Mette.	18

18 novembre. — Examen des selles positif.

20 novembre. — Examen des selles positif.

24 novembre. — Tubage à jeun :

V.	30 cent. cubes. Colorés en jaune.
A.	0,94
H.	0
Congo.	0
Gunzburg.	0
Benzidine.	+
Gmelin.	+
Uffelmann.	0

Repas d'épreuve :

V. 190 cent. cubes. Bien émulsionné,
divisé en trois parties :

70 cent. cubes de débris alimentaires;

64 — — de liquide;

56 — — de matières grasses.

A. 2,77

H. 1,09

Congo. +

Gunzburg. +

Uffelmann. 0

Benzidine. +

Mette. 14

18 novembre. — Réactions positives dans les selles.

20 — — — —

23 — — — —

24 — — — —

27 — — — —

28 — — — —

2 décembre. — Réactions positives dans les selles.

3 — — — —

25 novembre. — Tubage à jeun :

V. 22 cent. cubes. Colorés en jaune

A. 0,87

H. 0

Gunzburg. 0

Congo. 0

Uffelmann. 0

Benzidine. +

Gmelin +

Repas d'épreuve de 250 gr. de riz et 250 gr. de lait. Après une heure :

V. 525 cent. cubes, divisés en trois parties :

150 cent. cubes de débris alimentaires;

250 — — de liquide;

125 — — de lait coagulé.

A. 3,06

H. 0

Congo + +

Gunzburg. 0

Uffelmann. 0

Benzidine. +

Mette. 14

27 novembre. — Tubage à jeun ne ramène rien.

Repas d'épreuve (habituel) :

V. 340 cent. cubes. Bien émulsionné.

A. 3,43

H. 2,48

Congo +

Gunzburg. +

Uffelmann. 0

Benzidine. +

Le malade sort de l'hôpital et reviendra à la consultation.

2 décembre. — Tubage à jeun :

V. 22 cent. cubes. Colorés en jaune
contenant des débris.

Congo. 0

Benzidine. 0

Repas d'épreuve :

V. 90 cent. cubes. Pas bien émulsionné.

A. 3,94

H. 1,67

Congo. +

Gunzburg. +

Mette. 22

Benzidine. +

16 décembre. — Le malade revient à la consultation et se plaint de céphalée et d'une reprise des douleurs stomacales. Il avait cessé le bismuth. On lui donne trois bouillies.

30 décembre. — Le malade rentre de nouveau à l'hôpital. Il se plaint toujours de digestions lentes et pénibles, et ressent après avoir mangé des pesanteurs, des ballonnements du ventre pendant deux heures environ.

Pas de clapotage.

Pas de douleur au creux épigastrique, mais une vive sensibilité à la pression au niveau du rebord costal gauche.

8 janvier 1909. — Toujours la même douleur à la base du thorax, à gauche.

Pas de vomissement.

Pas de clapotage, trois heures après l'ingestion d'un verre de lait.

On donne du bismuth.

15 janvier. — Même état. Quelques douleurs que le malade attribue à l'ingestion de bouillies mal préparées.

21 janvier. — Depuis trois jours, le malade ne souffre plus du tout et il engraisse. De temps en temps il a des céphalées vives, cependant elles sont moins marquées qu'au début.

Par la pression, on réveille encore de la sensibilité au niveau du rebord costal gauche.

L'examen des matières a donné les résultats suivants :

2 janvier	0
5 —	+ f
9 —	+ f
10 —	+ f
11 —	+
19 —	0
23 —	0

22 janvier. — Le malade part à Vincennes.

3 février. — Le malade est à Vincennes. Très grande amélioration.

Réaction négative dans les selles.

15 février. — Examen des selles = 0.

10 mars. — A peine quelques douleurs.

Réaction négative dans les selles.

OBSERVATION X

Ulcus. — Réactions positives dans les selles.

Pas d'amélioration.

Mlle C..., 24 ans, repasseuse, entre le 3 novembre 1908. Elle souffre de l'estomac depuis huit ans, c'est-à-dire depuis une époque où elle s'était serrée dans son corset d'une façon excessive. Jamais elle n'a eu de rémissions durant plus de quatre à cinq jours. Cependant il n'y a guère que huit jours qu'elle a été obligée d'abandonner tout travail.

Les douleurs sont épigastriques et ont leur maximum en un point situé sous le rebord costal droit. Ce sont des tiraillements continus avec de violents élancements. Elles apparaissent le matin au réveil et ne sont pas influencées par les repas; cependant elles acquièrent leur maximum d'intensité dans l'après-midi.

Les vomissements sont extrêmement fréquents, mais ils surviennent uniquement le matin au réveil et sont aqueux, assez abondants. Une fois la malade y a remarqué des débris d'aliments ingérés la veille.

A l'examen, le ventre est gros, l'épigastre gonflé, surtout après les repas.

La palpation réveille une douleur épigastrique surtout accentuée à droite de la ligne médiane.

Pas de clapotage.

Tubage à jeun :

V.	4 cent. cubes.
Tournesol.	+ +
Congo	+ +
Gunzburg.	+ +
Benzidine.	+ +

Repas d'épreuve :

V.	40 cent. cubes.
A.	2,40
H.	1,75
Congo.	+ +
Gunzburg.	+ +
Benzidine,	+
Mette	19

7 novembre. — L'examen des selles est très positif. La malade n'a mangé ni viande ni poisson depuis le 29 octobre.

17 novembre. — État stationnaire.

27 novembre. — Depuis deux jours les douleurs surviennent le soir à 8 heures, c'est-à-dire trois heures après le dernier repas qui est pris vers 5 heures. Ces douleurs réveillent la malade qui commence à s'endormir et la tiennent éveillée une heure. Au milieu de la nuit, elle est fréquemment réveillée de nouveau et souffre beaucoup.

Elle suit toujours son régime consciencieusement.

Les réactions sont toujours positives dans les selles.

26 novembre. — Les douleurs sont moins vives.

4 décembre. — Les réactions dans les selles sont plus faibles.

10 décembre. — Réapparition des douleurs après les repas.

13 décembre. — La malade quitte l'hôpital pour aller se reposer à Cannes, se promettant de suivre son régime.

Les réactions persistent toujours dans les selles.

OBSERVATION XI

Ulcère de l'estomac. — Réaction négative dans les selles.

Guérison apparente.

M..., 46 ans, rentre à l'hôpital parce qu'il souffre de l'estomac depuis quinze ans avec de rares périodes de rémission, ne dépassant pas quinze jours à un mois.

Ces troubles ont été en augmentant, et actuellement le malade se plaint de douleurs très violentes siégeant au creux épigastrique et s'irradiant en arrière dans les lombes.

Ces douleurs commencent deux heures après les repas et vont en augmentant jusqu'à trois ou quatre heures après.

Pas de douleurs le matin à jeun. Le maximum a lieu vers 4 heures de l'après-midi. Souvent, il est réveillé la nuit, et alors la douleur est exaspérée par le poids des couvertures.

La crise se termine assez souvent par un vomissement, le plus souvent alimentaire. Leur abondance varie de un ou deux verres à une pleine cuvette, et le malade a même pu y reconnaître des aliments pris la veille.

Il y a trois ans, il a eu, affirme-t-il, pendant une huitaine de jours des vomissements marc de café et des selles comme du goudron. Ces phénomènes correspondaient à des crises particulièrement douloureuses.

Le sujet ne suit aucun régime particulier et mange de tout. Il a remarqué cependant que les crudités et les mets acides le faisaient souffrir davantage.

Appétit conservé, pas d'amaigrissement notable.

A l'examen, pas de contractions péristaltiques à l'inspection.

A la palpation, pas de clapotage, pas de tumeurs perceptibles, dilatation légère.

Hyperesthésie épigastrique marquée, douleur à la pression profonde.

Tubage à jeun. On ne retire que quelques centimètres cubes de liquide verdâtre teinté par la bile et ne réagissant pas au Congo, mais le malade a vomi dans la nuit.

8 juillet. — Repas d'épreuve :

V.	90 centimètres cubes.
A.	4,01
H.	3,41
Mette.	28

10 juillet. — Tubage à jeun :

V.	40 cent. cubes avec quelques débris.
------------	--------------------------------------

Congo.	+	+
Gmelin.	+	+
Benzidine.	+	+
Diméthylamidoozobenzol	+	+

Repas d'épreuve :

V.	100 cent. cubes.
A.	2,19
H.	1,16

Examen des selles :

8 juillet.	0
9 —	+
10 —	0
11 —	+
13 —	+
14 —	0
17 —	+
18 —	+
20 —	+
22 juillet.	0
23.	+
24.	+
27.	+
2.	0
1 ^{er} août.	0

Le malade quitte l'hôpital le 11 août, après avoir suivi très exactement son traitement et ne présentant plus de réaction positive dans les selles depuis quize jours. Il se plaint seulement d'un peu de gonflement après les repas.

20 septembre. — Le malade revient consulter pour quelques étourdissements. Il est toujours au régime lacto-farineux. L'estomac va à peu près complètement bien. Toujours un peu de gonflement après les repas, mais d'une façon persistante, tous les deux ou trois jours.

Réaction négative dans les selles.

15 octobre. — État excellent. Le malade a augmenté de 2 kilos dans les quinze derniers jours.

Réaction négative dans les selles.

OBSERVATION XII

Ulcère avec périgastrite suppurée. — Hémorragies occultes très espacées. — Guérison probable.

P..., épicier, 38 ans, entre à l'hôpital le 25 février 1907, pour diarrhée et perte complète de l'appétit.

Le début des accidents remonte à 1905. Ce sont des douleurs localisées au creux épigastrique, sans irradiation, et survenant tous les jours, matin et soir, dans les deux heures qui suivent les repas. Le malade les compare à des coups dans la région épigastrique, et elles durent environ une heure et demie.

Ni vomissements, ni hématomèses, ni méléna.

Cet état reste stationnaire jusqu'en juillet 1906, époque à laquelle les douleurs deviennent subitement violentes, et l'on constate en même temps de la fièvre et l'apparition d'un empatement sus-ombilical. Les douleurs s'accroissant, le malade est opéré le 11 août, à la Pitié, dans le service de M. Terrier. L'incision aurait donné issue à une grande quantité de pus fétide. Après drainage, la guérison survint vers le 15 septembre.

En octobre et novembre, l'état général est excellent, l'appétit augmente, et le poids parallèlement.

En décembre 1906, apparition de symptômes nouveaux. Le malade perd de nouveau l'appétit et les douleurs réapparaissent, mais ces douleurs n'ont plus le même caractère. Elles sont plutôt moins vives, et remplacées par une sensation de constriction à la base du thorax.

Pour la première fois, en outre, le malade vomit, et on ne constate d'ailleurs en tout que deux vomissements alimentaires peu abondants.

Enfin, depuis un mois et demi, diarrhée. Le malade a deux ou trois selles par jour, liquides et très fétides, et beaucoup de gaz intestinaux.

En janvier, on pratique l'examen du chimisme gastrique qui donne les résultats suivants :

Tubage à jeun :

V.	37 cent. cubes. Sans débris.
A.	0,116
H.	0,0
Peptone.	+
Pas de réaction des acides gras.	

Repas d'épreuve bien émulsionné :

A.	0,15
H.	0
Traces d'acide lactique.	

28 février. — A l'examen, le malade paraît assez amaigri.

On constate au niveau du siège de l'opération une grosse éventration formant un anneau circulaire dur, fibreux.

La palpation n'est pas douloureuse et ne décèle rien de particulier.

Réaction positive dans les selles.

1^{er} mars. — Tubage à jeun après un repas pris la veille au soir, composé de riz et de potage. On ne retire que quelques centimètres cubes d'un liquide muqueux composé presque exclusivement de crachats déglutis.

3 mars. — Tubage à jeun : on ne retire rien.

7 mars. — Le malade sort de l'hôpital.

17 avril. — Le malade se plaint surtout de manque d'appétit, mais il n'a pas de douleurs ni de vomissements. L'amélioration de l'état général a été notable et se maintient.

Réaction négative dans les selles.

OBSERVATION XIII

Ulcère traumatique. — Grande amélioration.

Le 30 août 1908, le malade, serre-frein, est, par suite d'un tamponnement, projeté avec une telle violence contre le volant de son frein qu'il perd connaissance. Revenu à lui trois heures après, il ressent au niveau de la région épigastrique une violente douleur. Cette douleur, en broche, continuelle, l'empêche de dormir et n'est pas, au début, exaspérée par les aliments.

Deux à trois vomissements sans valeur, sauf le lendemain de l'accident où il aurait vomi du sang noir.

Au bout d'un mois le malade se lève, la douleur est moins vive, mais commence à revêtir des caractères spéciaux. Elle survient une demi-heure à trois quarts d'heure après les repas et augmente à mesure que le malade prend une alimentation plus consistante.

A l'examen, hyperesthésie cutanée épigastrique. Douleur vive à la pression. En arrière, la pression au niveau de la douzième vertèbre dorsale est douloureuse.

Tubage à jeun :

V. 90 cent. cubes. Coloration jaune.

Au microscope quelques cellules en colimaçon et épithéliales.

Quelques grains d'amidon colorés par le Gram.

A. 4,59

H. 4,16

Uffelmann. 0

Benzidine. +

Gmelin. +

Congo. +

Repas d'épreuve :

V.	160 cent. cubes. Mal émulsionné.
A.	2,93
H.	0,94
Mette.	15-16
Benzidine.	+
Congo.	+
Uffelmann.	+
Gunzburg.	+
Selles.	+ + + +

31 octobre. — Examen des selles, + + + +.

25 novembre. — Le malade accuse de violentes migraines.
Douleurs moindres.

Traitement : bismuth, régime lacto-farineux.

9 décembre. — Amélioration progressive, même régime, même traitement.

29 janvier 1909. — Douleurs moindres. Selles + + +. On reprend le bismuth.

17 février. — Selles, + +.

10 mars. — Le malade a essayé de travailler, mais les douleurs ont reparu. Repos, bismuth.

Liquide à jeun :

V.	30 cent. cubes. Sans débris macros-
	copiques.
A.	4,52
H.	3,94
Congo.	+

Repas d'épreuve.

V.	27 cent. cubes. Bien émulsionné.
A.	3,86
H.	2,04
Mette.	11 mm.

11 mars-janvier 1910. — Le malade a des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Les hémorragies occultes ont persisté dans ses selles, mais en diminuant d'intensité, et actuellement elles ont disparu.

La malade peut travailler, mais il continue à suivre un régime sévère et vient de temps à autre faire examiner ses matières.

OBSERVATION XIV

Ulcus. — Hémorragie intestinale. — Amélioration.

G..., étudiant en droit, vient consulter le 27 octobre 1909, pour des pesanteurs d'estomac dont il souffre depuis quinze ans. Il aurait eu, pendant sa première enfance, une gastro-entérite violente avec intolérance absolue pour le lait ayant nécessité l'alimentation avec de la farine lactée.

De 10 à 18 ans, il accuse des douleurs au creux épigastrique avec des vomissements.

Douleurs le matin au réveil sous forme de crampes et de tiraillements se prolongeant jusqu'au repas de midi.

Jamais de vomissements à jeun.

A midi, les crampes sont calmées par l'ingestion d'aliments, puis, une heure et demie à deux heures après, pesanteurs et renvois acides se prolongeant jusqu'à 9 heures du soir.

Parfois, il a des migraines violentes, aboutissant deux ou trois fois par semaine à des vomissements abondants, 1 litre environ de liquide contenant une partie des aliments ingérés au repas de midi.

Ces vomissements sont acides et agacent les dents.

Aussitôt après le malade se sentait soulagé, ne dinait pas et s'endormait sans avoir souffert de nouveau.

Les jours où il n'y avait pas de vomissements, les douleurs se prolongeaient toute la journée, cessaient pendant le repas du soir pour reprendre ensuite jusqu'à minuit.

Aux pesanteurs s'ajoutaient souvent des brûlures remontant le long de l'œsophage. Sommeil bon, pas de douleur nocturne.

De 18 à 25 ans, les tiraillements et les pesanteurs n'apparaissent que tous les deux ou trois jours, les brûlures sont plus rares et les vomissements exceptionnels; les digestions sont cependant lentes et pénibles avec nombreux renvois acides.

Une saison à Vichy amena quelque amélioration, mais depuis le 15 octobre les crampes sont de nouveau apparues à jeun. Après le repas de midi, brûlures se prolongeant jusqu'à 4 heures; le soir, brûlures jusqu'à 11 heures.

Examen : pas de clapotage.

Aucune douleur à la palpation.

3 novembre. — Tubage à jeun :

V.	60 cent. cubes. Verdâtre.
Congo.	+
Gunzburg.	+
A.	1,74
H.	1,16
Mette.	16

Repas d'épreuve :

V.	110 cent. cubes. Mal émulsionné.
A.	3,28
H.	2,19
Congo.	+
Gunzburg.	+

Examen des selles, + faible.

On porte le diagnostic d'ulcus.

Traitement lacto-farineux.

1^{er} décembre. — Douleurs moindres, bon sommeil. Pas de douleurs, mais des brûlures après les repas.

Pas de vomissements.

22 décembre. — Examen des selles, +.

25 décembre. — Sensation de gêne après l'ingestion d'une bouillie exagérée composée de 75 gr. de farine et 3/4 de litre de lait.

— Nausées, pâleur, refroidissement des extrémités, sueurs, vertiges, puis syncope.

Brusquement émission d'une selle avec perte de sang.

2 février. — Grande amélioration. Le malade fait une petite cure d'eau de Carlsbad. On lui permet une alimentation légère.

Les réactions sont négatives dans les selles.

OBSERVATION XV

Gastrite hyperacide avec ulcus. — Gastrorragie.

P..., marchand de vins, souffre depuis dix-huit mois de crampes survenant aussi bien à jeun qu'après les repas.

Pas de vomissements.

Puis les douleurs deviennent vives et continuelles.

En un mois, trois à quatre vomissements alimentaires.

Bientôt douleurs et vomissements augmentent d'intensité et de fréquence et deviennent subintrants.

A l'examen, le malade est jaune, amaigri.

Pas de péristaltisme,

Clapotage gastrique.

Tubage à jeun :

V. 55 cent. cubes. Sans débris.

H. 4,08

A. 4,52

Mette. 18

Selles. + +

Repas d'épreuve :

V. 70 cent. cubes. Avec débris de pain.

A. 3,6

H. 2,23

Un mois après, le malade, mis au régime lacto-farineux, ne ressent plus aucune douleur.

Selles 0.

Le malade ne reparait plus à la consultation, mais sa femme vient nous dire qu'il a été pris brusquement d'une hémorragie intestinale avec hématomèse très abondante.

Le malade a eu une syncope et depuis lors reste fatigué, amaigri et souffrant continuellement.

OBSERVATION XVI

*Cirrhose atrophique du foie. — Ulcères latents de l'estomac.
Réactions positives dans les selles.*

Mme M..., 64 ans, blanchisseuse, vient parce que son ventre a augmenté progressivement de volume depuis cinq mois. Il y a deux mois, elle a vu pour la première fois un médecin et s'est mise au régime lacté. Quelque temps après, elle est prise de diarrhée continue légère, ne donnant pas plus de trois selles par jour.

Épistaxis nombreuses, il y a six semaines.

Pas de troubles digestifs en dehors de la diarrhée.

A l'examen : Varicosités des pommettes, teinte légèrement subictérique de la face et des conjonctives.

Grosse ascite avec circulation collatérale très marquée, surtout au-dessus de l'ombilic.

Gros œdème des membres inférieurs.

Albuminurie légère. — Indicanurie.

4 avril. — Ponction. On retire 6 l. 1/2 de liquide assez trouble. La quantité enlevée n'est pas assez grande pour permettre de sentir le bord inférieur du foie ni pour délimiter la matité splénique.

Examen des selles. Il a été pratiqué 18 fois du 5 avril au 17 mai. Toutes les réactions, sauf une, furent toujours très positives à la benzidine.

17 mai. — Nouvelle ponction de 8 l. 1/2. Affaiblissement progressif. Oppression.

18 mai. — Mort.

AUTOPSIE. — Ascite 15 à 20 litres de liquide jaune citron un peu louche.

Intestin : rien à signaler.

Reins : pèsent 180 et 170 gr. — Rien.

Foie : 1.400 gr., dur, granuleux, clouté.

Rate : Dure, 270 gr.

Poumon : Infarctus avec foyer de congestion à la base du poumon gauche.

Cœur : Légère induration de la mitrale.

Estomac : A l'ouverture, on constate la présence de trois ulcères à bords taillés à pic.

L'un, sous-pylorique, à 1 centimètre environ du pylore ; le plus grand a la dimension d'une pièce de 0 fr. 20. Le fond en semble constitué par une fausse membrane et adhère au foie.

Le second, pylorique, au niveau de la partie supérieure du pylore, le plus petit de la dimension d'une lentille, n'intéressant que la muqueuse.

Le troisième, pylorique, toujours à la partie supérieure, de dimension intermédiaire aux deux autres et n'intéressant que la muqueuse.

La muqueuse gastrique est un peu plissée, surtout au niveau du fundus.

OBSERVATION XVII

Ulcus. — Hématémèses. — Hémorragies occultes persistantes. — Mort par perforation.

M..., mégissier, souffre depuis dix ans de troubles digestifs caractérisés par des douleurs épigastriques et dorsales apparaissant surtout vers 5 heures de l'après-midi et à minuit.

Il souffre à jeun aussi, mais moins violemment.

Ces douleurs vives se sont accompagnées au bout de quelques mois de vomissements alimentaires, spontanés ou provoqués, mais calmant la crise.

Depuis deux ou trois ans, les vomissements alimentaires sont moins fréquents et ont été remplacés au même moment par des vomissements d'eau acide.

Il y a quatre ans, hématomèse peu abondante survenue le matin à jeun.

20 avril. — Le malade est à jeun depuis la veille au soir. On constate un léger clapotage gastrique. L'estomac semble descendre à l'ombilic.

Il y a une légère voussure permanente à gauche, au-dessous du rebord costal.

X côte mobile, angle xiphoïdien très aigu.

Tubage à jeun :

V.	600 cent. cubes contenant des débris alimentaires.
A.	3,13
H.	2,19
Mette.	.15

Repas d'épreuve :

V.	330 cent. cubes.
A.	3,28
H.	2,26
Mette.	14

22 avril. — Le malade a pris la veille au soir un repas ordinaire. Le lendemain, on ne retire que quelques centimètres cubes d'un liquide ne donnant aucune coloration avec le diméthyl-amidoazobenzol, c'est-à-dire ne contenant pas d'acide chlorhydrique libre, et ayant une acidité totale de 0,14.

24 avril. — Réaction positive dans les selles.

25	—	—	—	—
26	—	—	—	—
27	—	—	—	—
30	—	—	—	—

1^{er} mai. — Réaction positive dans les selles.

2 mai. — Le malade, depuis son entrée, va mieux. Les dou-

leurs ont disparu. Pas de vomissement. A 4 heures du soir, le malade ressent quelques nausées et vomit presque immédiatement la valeur d'un demi-verre d'un liquide ressemblant à du lait caillé coloré en brun.

3 mai. — Pendant la nuit, le malade a vomi quelques gorgées d'un liquide brunâtre. A 5 heures du matin, nausées plus violentes suivies du rejet de 200 grammes environ de sang pur, noir, déjà digéré.

Les selles sont formées d'un liquide brun noirâtre tenant en suspension des boules fécales jaunes.

4 mai. — Les selles présentent le même aspect que la veille.
Pas de nouveau vomissement.

5 mai. — Les fèces sont devenues uniformément noires.
Pas de vomissement.

9 mai. — Depuis quelques jours, le malade ne prend qu'un litre à un litre et demi de lait par jour comme régime alimentaire. Cependant, sans avoir ingéré aucun autre aliment, il a été pris de sensation de brûlure épigastrique, et à deux reprises différentes a vomi de grandes quantités de liquide coloré en brun contenant des débris de lait.

Facies pâle et décoloré. Pouls, 120.

TRAITEMENT. — Deux injections de sérum, par jour, trois lavements d'eau bouillie de 300 centimètres cubes, vessie de glace sur la région épigastrique. Potion à l'adrénaline.

10 mai. — Pas d'hémorragie. Quelques gorgées de liquide teinté en brun.

11 mai. — Les hémorragies ont complètement cessé.

Dans la nuit, sensation de brûlure au niveau de l'estomac et un vomissement de 100 centimètres cubes d'un liquide très fortement coloré en vert donnant une réaction très fortement positive avec la benzidine.

Pouls, 84.

Les selles sont toujours très noires.

TRAITEMENT. — Suppression de l'adrénaline. Injection de sérum, 8 grammes de bismuth. Deux lavements peptonisés.

12 *mai*. — Le malade vomit encore un peu le matin. Les vomissements sont colorés en brun.

13 *mai*. — Pas de vomissement. On commence à donner un peu de lait.

Les selles commencent à se décolorer.

14 *mai*. — Pas de vomissement.

16 *mai*. — Pas de vomissement. On donne du lait et de la crème fraîche. On recommence l'examen des selles qui est positif avec tous les réactifs.

18 *mai*. — Légers vomissements (quelques gorgées).

19 *mai*. — Pas de vomissement. Le malade se plaint de douleurs très vives au niveau de l'anus. Il a des hémorroïdes procidentes.

21 *mai*. — Pas de vomissement.

23 *mai*. — Le malade a eu plusieurs vomissements brunâtres très abondants de 8 heures du soir à 2 heures du matin, trois litres de liquide au total. Il se plaint d'une sensation de barre au creux épigastrique avec irradiations douloureuses dans le dos.

Pouls, 120. Température normale.

Lavage à l'eau glacée.

24 *mai*. — A 3 h. 1/2 du soir, le malade, à la suite d'un mouvement un peu violent, est pris subitement d'une douleur atroce au niveau du creux épigastrique suivie peu après de ballonnement du ventre. Ces douleurs persistent sans rémission.

Vers 7 heures on a deux vomissements colorés en brun, respectivement de 240 à 60 centimètres cubes. Les douleurs continuent extrêmement vives.

La mort survient à 10 heures.

AUTOPSIE. — En soulevant la face inférieure du lobe gauche du foie, on aperçoit une perforation stomacale de la dimension d'une pièce de 20 centimes.

Le péritoine est remplie d'un liquide brun noirâtre.

La perforation siège au niveau de la petite courbure, un peu à gauche et en avant du hile, reliée à la face inférieure du foie par une adhérence ancienne.

L'estomac est distendu, déformé au niveau du fundus qui est fortement épaissi par de la périgastrite.

Adhérence de la région pylorique au pancréas.

A l'ouverture de l'estomac, on constate la présence d'un ulcère prépylorique, circonscrivant le pylore, beaucoup plus large en haut et en avant. Au niveau de la perforation, les bords sont épaissis.

Pas de modification de la muqueuse au niveau de l'épaississement du fundus.

OBSERVATION XVIII

Ulcère traumatique. — Opération.

Le 7^e octobre 1907, R... a été projeté d'automobile sur un petit mur, au niveau de la région épigastrique.

Il a ressenti peu après une douleur qui a été en augmentant

Les douleurs apparaissent 4 heures après chaque repas et sont calmées par le repas suivant.

Pas de vomissements. Régurgitations acides la nuit.

A l'examen, léger clapotage. La palpation épigastrique est douloureuse.

Tubage à jeun :

Quelques centimètres cubes sanguinolents. On n'insiste pas.

Repas d'épreuve :

V.	170 cent. cubes. Mal émulsionné.
A.	4,23
H.	3,28
Mette.	18
Selles.	+ + +

TRAITEMENT. — Lait, bismuth.

5 février. — Même traitement.

Douleurs calmées par le lait.

Selles, + +.

12 février. — Douleurs moins vives, mais surtout nocturnes.

Selles, +.

19 février. — Amélioration progressive.

Selles, 0.

4 mars. — Amélioration persiste.

Selles, 0.

25 mars. — Le malade mangeant de tout a été réveillé par une vive douleur.

Selles, +

1^{er} avril. — Douleurs, 0.

Selles, 0.

20 mai. — Reprise des douleurs.

Selles, + +.

Juin et juillet. — Douleurs vives.

Selles, + +.

Novembre. — Douleurs, 0.

Selles, 0.

20 décembre. — Quelques douleurs.

• 24 décembre. — Hémorragie intestinale.

26 décembre. — Hémorragie intestinale (est en province).

6 février 1909 au 28 avril. — Alternatives dans les douleurs et les réactions, puis nouvelle amélioration.

En décembre, recommence à être fatigué, à souffrir. Quelques vomissements de sang noir.

Le malade est opéré le 29 janvier 1901 par M. Ricard qui fait une gastro-entérostomie pour ulcère prépylorique.

OBSERVATION XIX

Ulcère dégénéré. — Pylorctomie. — Guérison.

Le malade souffre depuis deux ans. Il est marchand de vins et a fait des excès.

Il éprouve des douleurs vers 5 heures du soir, calmées par des vomissements alimentaires. Ces douleurs, d'abord espacées, deviennent quotidiennes et les vomissements deviennent aqueux.

Tubage à jeun :

V. 23 cent. cubes. Sans débris.

Repas d'épreuve :

V. 103 cent. cubes.

A. 2,26

H. 1,16

Régime lacto-farineux.

Selles, + +.

27 juin. — Légère amélioration.

10 juillet. — Légère amélioration.

Selles, +.

10 août. — Les douleurs ont disparu, mais on retire par tubage à jeun un liquide contenant des débris de pruneaux ingérés la veille.

Selles, + +.

14 août. — Le tubage permet de retirer encore des débris de la veille.

Selles, + +.

On propose l'opération au malade. L'état général est moins bon.

Le malade a toujours des vomissements de sténose.

Selles, +.

Opéré le 15 janvier 1908.

Pylorectomie pour néoplasme du pylore.

Revu en octobre 1909, le malade n'a plus le moindre phénomène douloureux.

Les réactions ont totalement disparu des selles.

OBSERVATION XX

Ulcère. — Hémorragies occultes positives. — Opération.

Mort de pneumonie.

B..., courtier en vins, 63 ans. — Souffre depuis deux ans de troubles gastriques caractérisés par des douleurs survenant une heure après les repas et durant deux à trois heures.

Amaigrissement progressif.

Jamais de vomissement.

29 mai 1907. — Liquide retiré trois heures après le petit-déjeuner :

V. 5 cent. cubes. Extrêmement acide.

Repas d'épreuve :

V. 97 cent. cubes. Mal émulsionné.

A. 4,38

H. 3,06

Mette. 14

Régime lacto-farineux.

13 juin. — Légère amélioration. — Douleurs moins vives et moins fréquentes.

14 juin. — Réaction dans les selles douteuse.

18 juillet. — Réaction dans les selles positive.

29 juillet. — Réaction dans les selles très positive.

31 juillet. — Le malade est au régime lacté absolu depuis

huit jours et prend aussi quotidiennement 12 gr. de sous-nitrate de bismuth.

Les douleurs ont beaucoup diminué.

7 août. — La douleur reparait s'accompagnant de vomissements parfois alimentaires.

14 août. — Légère amélioration, réaction toujours positive dans les selles.

2 octobre. — Le malade, qui ne souffrait plus, a mangé de la viande et ses douleurs reprennent. Elles se calment bientôt et le malade continue à manger de tout jusqu'au mois de janvier.

29 janvier 1908. — Les douleurs ont repris extrêmement violentes avec des vomissements très acides.

On le remet au régime lacté et au repos.

4 mars. — Les douleurs persistent surtout nocturnes, mais sont calmées par les vomissements qui surviennent presque quotidiennement.

En février déjà des réactions étaient positives dans les selles.

Le malade suit un traitement rigoureux et prend du bismuth.

La réaction à la benzidine est faible.

7 mars. — Tubage à jeun :

V.	65 cent. cubes. Sans débris.
A.	1,53
H.	0,94
Congo.	+
Gunzburg.	+
Mette.	11

Répas d'épreuve :

V.	190 cent. cubes. Mal émulsionné.
A.	2,99
H.	1,97
Mette.	8
Congo.	+
Gunzburg.	+

1^{er} avril. — Souffre toujours la nuit.

29 avril. — Amélioration notable.

27 mai. — Les douleurs ont disparu, la digestion est facile, l'état général bon.

Réaction positive dans les selles.

24 juin. — L'appétit est bon. Ni douleur, ni vomissement.

Réaction dans les selles, + + +.

17 octobre. — Depuis le début de septembre, le malade se plaint de ressentir une douleur fixe au creux épigastrique, assez violente pour le réveiller la nuit et se calmant par des vomissements.

Tubage à jeun :

V.	17 cent. cubes de liquide coloré en vert et d'odeur butyrique.
A.	0,80
H.	0
Gmelin.	+
Uffelmann.	0
Congo.	0
Benzidine.	+

Au microscope, on voit quelques grains d'amidon colorés par le liquide de Gram, de nombreuses cellules épithéliales et du mucus coloré par la bile.

Repas d'épreuve :

V.	226 cent. cubes. Mal émulsionné.
H.	2,26
A.	3,21
Uffelmann.	0
Congo.	+
Benzidine.	+
Guñzburg.	+ +

Examen des selles, + + +.

23 décembre. — Les douleurs s'accroissent. Le malade souffre vers 4 heures du soir jusqu'au moment où il vomit. Il vomit

d'ailleurs tous les jours, depuis quinze jours, un liquide jaune, abondant avec débris alimentaires.

24 décembre. — Tubage à jeun :

V.	500 cent. cubes d'un liquide jaune brun.
A.	2,55
H.	1,82
Mette.	15

30 décembre. — Mêmes douleurs. Mêmes vomissements.

Pas d'ondes péristaltiques.

Hémorragies occultes positives.

Opération par M. Ricard. On trouve une induration prépylorique au niveau de la petite courbure. Le pylore est mobile et se laisse abaisser.

Pylorectomie.

Mort d'une pneumonie le vingt et unième jour.

OBSERVATION XXI

Sténose. — Hémorragies occultes. — Pylorectomie pour ulcus dégénéré.

V... vient le 23 février 1901, et dit souffrir de l'estomac depuis dix ans.

Les douleurs semblent présenter un maximum d'intensité à la fin de l'après-midi et dans la nuit. Ce sont des crampes ou des brûlures qui siègent au niveau de l'épigastre ou dans les reins sans jamais s'irradier entre les épaules.

Elles durent une ou deux heures et disparaissent soit spontanément, soit à la suite d'un vomissement provoqué par le malade.

Tous ces phénomènes sont variables comme fréquence et intensité; ils présentent parfois de longues rémissions, mais se sont nettement accentués depuis un mois.

Les vomissements sont apparus dès le début de la maladie et ne semblent guère être plus abondants. Ils surviennent toutes les fois qu'il y a des douleurs et semblent très abondants. Ils sont constitués par des liquides, des glaires et des aliments, sauf lorsqu'ils surviennent immédiatement après un repas, auquel cas ils sont uniquement alimentaires.

L'appétit est conservé. Pas d'anorexie d'aucune espèce.

28 février. — Pendant la nuit, le malade a eu plusieurs vomissements très abondants qu'il a provoqués pour soulager la violente douleur qu'il éprouvait.

Ces vomissements sont constitués par du liquide clair à la surface duquel nagent des grumeaux de lait et une grande quantité de mucosités brunâtres. Ils réagissent faiblement au tournesol et au Congo.

Uffelmann franchement positif.

A l'examen, on constate à l'inspection une dépression épigastrique, indice d'un certain degré de ptose, et une voussure ombilicale.

On ne réveille pas de douleurs par la palpation, ni superficielle, ni profonde.

Pas d'hyperesthésie cutanée.

Il existe d'une façon très nette des contractions péristaltiques de l'estomac.

L'examen des matières montre la présence d'hémorragies occultes.

29 février. — Tubage à jeun après un repas pris la veille au soir. Le malade n'a pas vomi pendant la nuit et le liquide qu'on retire est fortement acide et contient une notable quantité de débris alimentaires constitués surtout par du pain réduit en bouillie.

V.	100 centimètres cubes.
A.	2,04
H.	0.80
Gunzburg.	+ f.

Examen des matières très positif au Meyer et à la benzidine.

1^{er} mars. — Le malade quitte le service pour aller se faire

opérer à Saint-Antoine. Il avait vomi à 5 heures du soir, mais la nuit a été calme.

Opéré le 4 mars 1910. Pylorectomie.

OBSERVATION XXII

Sténose pylorique par ulcus. — Réactions positives.

Gastro-entérostomie. — Guérison.

C..., tapissier, 53 ans, entre à l'hôpital le 23 février 1905 pour troubles gastriques.

Il y a cinq ou six ans, sans ressentir aucun trouble douloureux, apparaissent des symptômes caractérisés par des régurgitations de liquide salé (1 cuillerée à soupe), sans vomissements alimentaires, survenant quatre heures après le repas de midi.

Il y a trois ou quatre ans, s'ajoutent à cela des crampes douloureuses intermittentes, irrégulières, disparaissant et apparaissant sans aucune règle.

Ni amaigrissement ni affaiblissement à cette époque.

Il y a dix-huit mois, tous ces symptômes s'accroissent, les douleurs deviennent plus fréquentes, plus intenses, durent plus longtemps, quoique cessant parfois pendant plusieurs jours.

Les régurgitations de liquide âcre, amer, sans débris alimentaires, surviennent trois ou quatre heures après les repas.

Depuis six mois, le malade maigrit par insuffisance d'alimentation.

A l'examen, il est pâle et amaigri. L'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, tandis que la grande courbure dépasse légèrement la ligne bicostale.

Par moments, on constate au niveau de l'épigastre un gonflement intermittent paraissant provoqué par des contractions péristaltiques, et se propageant tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche.

A la palpation, on ne réveille aucune douleur, mais le grand

droit du côté droit présente un peu de défense dans sa portion sus-ombilicale.

Pas d'hyperesthésie cutanée.

Pas de ganglions.

Examen des selles très positif à tous les réactifs.

25 février. — Repas du soir : vermicelle, pommes de terre, pruneaux.

26 février. — Tubage à jeun :

On retire 40 centimètres cubes de liquide de stase contenant des fragments de vermicelle et de pruneaux.

Repas d'épreuve :

V.	120 cent. cubes.
A.	2,33
H.	1,24

27 février. — Le malade est au régime lacté depuis son entrée et on trouve dans ses selles des réactions très positives.

12 mars. — Gastro-entérostomie.

25 avril. — État général bon, ni douleur, ni vomissements. Pas de clapotage, trois heures après un repas.

OBSERVATION XXIII

Ulcère calleux de l'estomac. — Réactions négatives dans les selles. — Opération. — Guérison.

M. A..., âgé de 41 ans, ouvrier, vient consulter le 2 décembre 1909, parce qu'il souffre de l'estomac.

Il souffre depuis trois ans et ses douleurs ont augmenté peu à peu. Il a déjà été soigné dans un autre hôpital et on l'a mis à la diète et au repos absolu avec une grande compresse chaude en permanence sur l'épigastre. Mais, sitôt sorti, les douleurs l'ont repris, accompagnées de vomissements.

Il y a un an, tentative d'empoisonnement par le crésyl, ce qui a encore augmenté ses douleurs.

Elles débutent une heure et demie ou deux heures après les repas, siègent au creux épigastrique avec irradiations dans les flancs et la région lombaire. Parfois, des vomissements alimentaires, peu abondants, surviennent et calment ces douleurs.

Perte de l'appétit, amaigrissement de 72 à 58 kgr.

A l'examen, la palpation profonde réveille une douleur sur la ligne médiane et au côté droit. Pas d'hyperesthésie cutanée.

Pas de clapotage.

25 novembre. — Tubage à jeun :

V.	50 cent. cubes.	Sans débris visibles.
A.	0,43	
H.	0	
Congo.	0	
Gunzburg.	0	
Uffelmann.	0	

Repas d'épreuve :

V.	110 cent. cubes.	Après filtration, on trouve 85 cent. cubes de liquide et 25 de débris.
A.	2,19	
H.	1,46	
Congo.	+	
Gunzburg.	+	

Réaction positive dans les selles au Meyer et à la benzidine.

10 décembre. — La douleur épigastrique est plus intense, on sent à la palpation une corde transversale, corde colique.

17 décembre. — Nouveau tubage à jeun :

V.	80 cent. cubes,	contenant des débris de lait.
A.	2,35	
H.	1,67	
Congo.	+	
Mette.	17	

23 décembre. — On fait un tubage à jeun après avoir donné la veille au soir de la viande et des légumes au malade.

On retire 80 cent. cubes de liquide ne contenant pas de débris alimentaires:

20 janvier. — Très amélioré par le régime, le malade demande cependant qu'une intervention soit tentée.

On trouve sur la face postérieure du duodénum un ulcère calleux juxta-pylorique.

Guérison.

Examen des selles :

25 novembre.		+	?	
1 ^{er} décembre.		+	?	
7	—	+	?	
9	—	0		
10	—	0		
11	—	0		
13	—	0		
14	—	+	?	Glaires.
15	—	+	?	—
16	—	+	?	—
18	—	+	?	—
20	—	+	?	—

OBSERVATION XXIV

Exulcérations gastriques. — Gastrorragies. — Mort.

Mlle R..., 36 ans, fille de cuisine, entre le 6 juillet.

Antécédents pathologiques nuls, n'a jamais souffert de l'estomac et mange normalement.

Il y a un mois et demi, elle entre comme fille de cuisine chez un marchand de vins et commence à boire des apéritifs et environ deux litres de vin par jour.

Quinze jours après elle souffre légèrement de l'estomac, d'abord de douleurs vagues survenant deux à trois fois par semaine, immédiatement après le repas de midi et même pendant ce repas.

Les douleurs devinrent rapidement plus violentes et la malade les compare à un broiement. Jamais, cependant de point dorsal. Elles cessaient vers 4 heures de l'après-midi et ne reparaissaient pas après le dîner.

Les vomissements, abondants, fréquents, alimentaires, calmaient les douleurs et survenaient dans les derniers jours après tous les repas.

Pas d'amaigrissement, ni de perte des forces.

Il y a deux jours, le 4 juillet, elle est prise brusquement d'une hématomèse très abondante. Le sang rendu était rouge et il y en avait, dit-elle, plus d'un litre.

Une heure après, nouvelle hématomèse qui se reproduit encore le lendemain matin. Elle se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. La malade est très faible et a du méléna.

Le pouls est rapide mais bien frappé.

Rien à l'inspection ; la palpation ne révèle aucune douleur.

8 juillet. — La malade a eu une nouvelle hématomèse et rend environ trois cuvettes de sang rouge avec des caillots. Elle est extrêmement affaiblie.

Le pouls est petit et bat à 120. Méléna.

Pas de douleurs.

On fait du sérum.

10 juillet. — Hématomèse dans la journée. On recueille une cuvette de sang noir. La malade continue à s'affaiblir.

Sérum.

11 juillet. — La malade est de plus en plus faible. Pouls à 145. A 5 heures de l'après-midi, mort sans nouvelle hématomèse.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'estomac, on constate de nombreuses ulcérations arrondies et cupuliformes. Nous reproduisons plus loin une photographie de la pièce.

Nous publions cette observation uniquement pour montrer que des exulcérations rapidement développées peuvent causer d'aussi redoutables accidents qu'un ulcus chronique et que le diagnostic clinique entre les deux affections est impossible.



CONCLUSIONS

1° Il existe un certain nombre de malades qui présentent une symptomatologie analogue à l'ulcère de l'estomac, chez lesquels souvent les grandes hémorragies et les douleurs spéciales font défaut;

2° Ces malades sont atteints d'exulcérations gastriques ou de fissures pyloriques, et il est fort difficile de les distinguer cliniquement des ulcéreux vrais, au sens classique du mot;

3° On trouve presque toujours chez eux des troubles de la motricité et de la sécrétion gastrique, se caractérisant par la présence presque constante de liquide à jeun.

Ce liquide existe en plus ou moins grande quantité, tantôt peu abondant, tantôt pouvant faire croire à une réelle stase, sans qu'il existe cependant ni sténose au début, ni sténose confirmée;

4° L'usage de réactifs sensibles et sûrs comme la benzidine et la phénolphtaléine permet de déceler encore chez ces malades la présence, on peut dire constante, d'hémorragies occultes;

5° La sensibilité extrême des réactifs d'Adler et de Meyer n'est pas un obstacle à leur emploi chimique. Ils ne donnent de résultats positifs, en dehors de quelques

causes d'erreurs bien définies, que dans les cas pathologiques. Jamais on n'en trouve chez l'individu sain;

6^o Les hémorragies disparaissent généralement quand l'amélioration survient.

Cette amélioration peut durer plus ou moins longtemps, suivant que les malades s'astreignent ou non à un régime approprié. Mais les accidents sont éminemment sujets à rechutes;

7^o La constatation d'hémorragies occultes chez des gastropathes permet de supposer, en dehors de toute constatation anatomique, qu'il s'agit de malades atteints d'hyperchlorhydrie avec exulcération gastrique;

8^o Cette constatation a la plus grande importance, en ce qu'elle permet de diagnostiquer la lésion exulcération qui fait probablement rarement défaut dans l'histoire des ulcéreux chroniques. On peut ainsi prévenir le développement de lésions graves, le plus souvent incurables;

9^o La disparition des hémorragies occultes a autant de valeur que leur apparition. C'est sur cette disparition que l'on pourra établir le pronostic et le traitement de l'affection;

10^o En cas de persistance des hémorragies occultes, il ne faut pas hésiter à faire pratiquer rapidement la gastro-entérostomie.

Vu et approuvé : *Le Président de thèse,*

GILBERT.

Vu : *Le Doyen,*

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ÆTTER. — *Semaine médicale*, 1905.
- ÆTTER et GIRAULT. — In *Semaine médicale*, 1906.
- GIRAULT. — Thèse, 1906. Paris.
- BÈQUE. — Thèse, Lyon, 1909.
- PUY LE BLANC. — Thèse. Paris, 1909.
- Bulletin pharmaceutique*. Octobre 1909.
- BRINTON — *Traité des maladies de l'estomac*.
- COHNHEIM. — *Die Krankheiten des Verdauungskanal*.
- BORBGJÄRG. — *Archiv für Verdauungs Krankheiten*, 1908.
- PAWLOW. — *Das Experimentals Zeitgemasse und einheitliche Methode medizinischer Forschung*.
- KORCZYNSKI et JAWORSKI. — *Deutsches Archiv für Klin. Med.*, 1891.
- RITTER et HIRSCH. — *Zeitschrift für Klin. Med.*, 1887.
- RIEGEL. — *Die Krankheiten des Magens*, 1903.
- EWALD. — *Die Krankheiten des Magens*, 1893.
- HARTMANN. — *Archiv für Verdauungs Krankheiten*, 1904.
- EWALD. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1906.
- SCHLOSS. — *Archiv für Verdauungs Krankheiten*, 1904.
- BOEN et KOCHMANN. — *Archiv für Verdauungs Krankheiten*, 1902.
- BOAS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907.
- BOAS. — *Diagnostic und Therapie der Magen Krankheiten*, 1907.
- REICHMANN. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1884.

- ADLER O. et R. — *Zeitschrift für Physiolog. chimie*, Bd 41.
SCHUMM. — *Die Untersuchung der Faces auf Blut*, 1906.
BOUVERET. — *Traité des maladies de l'estomac*.
BOUVERET et DEVIC. — *Mémoire*, 1892.
DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine*, t. V.
ROBIN. — *Les maladies de l'estomac*, 1904.
HAYEM et LYON. — *Maladies de l'estomac*.
MATHIEU. — *Les maladies de l'estomac*.
SOUPAULT. — *Les maladies de l'estomac*.
DELÉARDE et BENOIT. — *Bulletin de la Société de Biologie*, 1908.
MATHIEU et ROUX. — *Note de Pathologie gastro-intestinale*,
1909.
DEBOVE et RENAUT. — *Ulcère de l'estomac*, 1892.
FROIN. — *Presse médicale*, 1908, 96 et 101.

446

- ADLER O. et R. — *Zeitschrift für Physiolog. chimie*, Bd 41.
SCHUMM. — *Die Untersuchung der Faces auf Blut*, 1906.
BOUVERET. — *Traité des maladies de l'estomac*.
BOUVERET et DEVIC. — *Mémoire*, 1892.
DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine*, t. V.
ROBIN. — *Les maladies de l'estomac*, 1904.
HAYEM et LYON. — *Maladies de l'estomac*.
MATHIEU. — *Les maladies de l'estomac*.
SOUPAULT. — *Les maladies de l'estomac*.
DELÉARDE et BENOIT. — *Bulletin de la Société de Biologie*, 1908.
MATHIEU et ROUX. — *Note de Pathologie gastro-intestinale*,
1909.
DEBOVE et RENAUT. — *Ulcère de l'estomac*, 1892.
FROIN. — *Presse médicale*, 1908, 96 et 101.